

**Ministère de la Santé
Programme National de
Planification Familiale**

**Population Council
Projet de Recherches Opérationnelles et
d'Assistance Technique en Afrique II**

EVOLUTION DES SERVICES DE SR/PF DE 1994 A 1998

Décembre 1998

Remerciements

Les auteurs remercient toutes les institutions et personnes qui ont permis la réalisation de cette étude.

En premier lieu, le Programme National de Planification Familiale (PNPF) dont l'intérêt et l'appui soutenus témoignés par son coordinateur le Médecin Colonel Adama NDOYE ont facilité l'exécution correcte et aisée de cette recherche.

Sont également remerciés pour leur contribution, la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique, les Régions Médicales et les principaux partenaires que sont :

- Le Service National de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal (SANAS)
- Le projet BASICS
- La clinique de gynéco-obstétrique de l'HALD
- L'Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF) et SANFAM (Santé Familiale).

Nos remerciements s'adressent aussi :

- Aux collègues ayant facilité la formation et la collecte des données : Dr Penda NDIAYE, Dr Placide TAPSOBA, Mounir TOURE et Dr Aristide APLOGAN.
- Au personnel de collecte et de saisie des données.
- Au personnel d'appui sans la disponibilité duquel ce travail ne saurait être mené à terme.

Finalement, les auteurs expriment leur vive gratitude à l'USAID dont le financement et le soutien ont rendu possible cette recherche. L'apport technique et l'engagement de son équipe Santé représentée par Christian BARRAT et Dr Isseu Diop TOURE ont été déterminants dans l'exécution de cette recherche.

Cette étude a été menée dans le cadre du deuxième Projet de Recherches Opérationnelles et d'Assistance Technique (RO/AT) en Afrique du Population Council. Le Projet RO/AT II est financé par **“l'Agence Internationale pour le Développement” des Etats-Unis (USAID), Bureau de la Population**, Contrat N° CCC-3030-C-00-3008-00, Stratégies destinées à améliorer la prestation des services de planification familiale.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	i
Liste des graphiques.....	ii
Liste des tableaux.....	iv
Executive summary.....	v
I. Introduction et contexte de l'étude	1
II. Les objectifs de l'étude	1
III. Méthodologie	2
IV. Résultats	5
<i>Première partie : Evaluation des programmes de santé de la reproduction</i>	
1998	5
A. Accessibilité des services de SR	6
B. Capacité de fonctionnement des PPS	8
1. <i>Infrastructure</i>	8
2. <i>Equipement.....</i>	8
3. <i>Disponibilité et formation du personnel.....</i>	11
4. <i>Activités et matériel d'IEC.....</i>	12
5. <i>Stocks de produits et logistique.....</i>	14
6. <i>Gestion et supervision.....</i>	15
C. Qualité des soins	17
1. <i>Interactions prestataires-clientes.....</i>	17
2. <i>Choix des méthodes.....</i>	18
3. <i>Informations échangées.....</i>	21
4. <i>Compétence technique des prestataires.....</i>	23
4.1. <i>Procédures jugées nécessaires par les prestataires des services de PF.....</i>	23
4.2. <i>Procédures médicales accomplies durant la prestation de services LMD.....</i>	26

4.3.	<i>Procédures médicales accomplies durant les consultations prénatales.....</i>	27
4.4.	<i>Aptitude des prestataires à prendre en charge les services de MST-SIDA.....</i>	28
5.	<i>Mécanismes pour encourager la continuité.....</i>	29
6.	<i>Organisation des services SMI/PF.....</i>	29
D.	Questions spéciales.....	30
1.	<i>Avortement.....</i>	30
2.	<i>SIDA.....</i>	30
Deuxième partie: Changements dans la qualité des services 1994, 1997 et 1998.....		31
A.	Les résultats de l'EAS de 1998 à la lumière de ceux de 1994.....	32
1.	<i>Approche méthodologique.....</i>	32
2.	<i>Comparaison des résultats sur la capacité fonctionnelle.....</i>	32
3.	<i>Comparaison des résultats sur la qualité des services.....</i>	37
B.	Les indicateurs de l'Objectif Stratégique : analyse comparative des résultats de 1997 et 1998.....	42
1.	<i>Introduction.....</i>	42
2.	<i>Echantillonnage.....</i>	42
3.	<i>Les indicateurs calculés.....</i>	44
V.	Conclusion.....	54
VI.	Dissémination des résultats.....	56
VII.	Recommandations et perspectives.....	57
Bibliographie.....		58

Liste des abréviations

ASBEF :	Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial
ASC :	Agent de Santé Communautaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CPN :	Consultations Pré-Natales
DIU :	Dispositif Intra-Utérin
EAS :	Etude d'Analyse Situationnelle
FNUAP :	Fonds des Nations-Unies pour les activités en matière de Population
IEC :	Information, Education et Communication
LMD :	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
LT :	Ligature des Trompes
MST :	Maladies Sexuellement Transmissibles
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PF :	Planification Familiale
PF :	Planification Familiale
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PNPF :	Programme National de Planification Familiale
PPS :	Point de Prestation de Services
SANFAM :	Santé de la Famille
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SIG :	Système d'information à des fins de Gestion
SMI :	Santé Maternelle et Infantile
SRO :	Sachets de Réhydratation Orale
USAID :	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

Liste des graphiques

Graphique 1	Services habituellement disponibles dans les PPS.....	6
Graphique 2	Caractéristiques des infrastructures disponibles dans les PPS.....	8
Graphique 3	Pourcentage de PPS disposant de l'équipement minimum pour fournir des services de SR.....	9
Graphique 4	Pourcentage de Postes de Santé disposant de matériel minimum nécessaire pour fournir des services de SR.....	9
Graphique 5	Pourcentage des autres PPS disposant de matériel minimum nécessaire pour fournir des services de SR.....	9
Graphique 6	Pourcentage de PPS disposant de l'équipement et du matériel pour la prise en charge des diarrhées et de la malnutrition.....	10
Graphique 7-a	Niveau de formation de base/continue des infirmiers dans les Postes de santé.....	11
Graphique 7-b	Niveau de formation de base/continue des prestataires dans les Centres de Référence et les Centres de santé.....	11
Graphique 8-a	Méthodes fournies dans les Hôpitaux/Centres de Référence/ASBEF et ruptures au cours des 3 derniers mois.....	14
Graphique 8-b	Méthodes fournies dans les Centres de santé/PMI/Cliniques et ruptures au cours des 3 derniers mois.....	14
Graphique 8-c	Méthodes fournies dans Postes de santé et ruptures au cours des 3 derniers mois.....	14
Graphique 9	Disponibilité des produits pour la prise en charge des diarrhées et de la malnutrition.....	15
Graphique 10	Pourcentage de PPS supervisés au cours des 6 derniers mois.....	16
Graphique 11	Méthodes mentionnées et discutées durant la consultation de nouvelles clientes PF.....	18
Graphique 12	Critères d'éligibilité pour obtenir la contraception.....	19
Graphique 13	Pourcentage de prestataires qui exigent des examens de Laboratoire systématiquement avant la prescription de certaines méthodes...	20
Graphique 14	Informations données aux nouvelles clientes PF sur la méthode acceptée.....	21
Graphique 15	IEC de la patiente venue pour des soins prénatals.....	22
Graphique 16	IEC de l'accompagnante de l'enfant diarrhéique.....	23
Graphique 17	Attitudes des prestataires face à une nouvelle cliente qui veut une méthode mais n'a pas ses menstruations.....	24
Graphique 18	Procédures accomplies lors de l'examen pelvien (nouvelles clientes PF).....	25
Graphique 19	Questions abordées par les prestataires lors des consultations curatives 'Diarrhée'.....	26
Graphique 20	Procédures médicales accomplies durant la consultation curative 'Diarrhée'.....	26
Graphique 21	Questions abordées par le prestataire lors des consultations prénatals.....	27
Graphique 22	Prise en charge des clientes avec MST.....	28
Graphique 23	Moyens de protection contre les MST dont le VIH-SIDA cités par les clientes SMI/PF.....	30
Graphique 24	Services offerts dans les PPS.....	32
Graphique 25	L'infrastructure.....	33
Graphique 26	Caractéristiques des salles de consultation.....	33
Graphique 27	Pourcentage des PPS disposant de l'équipement minimum nécessaire pour fournir des services de PF.....	34

Graphique 28	Méthodes de PF offertes dans les PPS.....	34
Graphique 29	Pourcentage de PPS ayant connu des ruptures de stock selon les méthodes...35	35
Graphique 30	Nombre de supervisions durant les 6 derniers mois ayant précédé l'enquête...35	35
Graphique 31	Matériel d'IEC disponible et activités IEC dans les PPS.....	36
Graphique 32	Signes indiquant services de PF.....	36
Graphique 33	Temps attendu avant d'être consultée.....	37
Graphique 34	Méthodes mentionnées par le prestataire durant la consultation de nouvelles clientes PF.....	37
Graphique 35	Méthodes de PF choisies par les nouvelles clientes.....	38
Graphique 36	Pourcentage de nouvelles clientes PF qui ont reçu des informations sur la méthode acceptée.....	39
Graphique 37	Pourcentage de prestataires ayant entrepris des actions avec des clientes PF qui ont eu des problèmes avec leur méthode.....	40
Graphique 38	Pourcentage d'exams pelviens au cours desquels les prestataires ont observé les gestes suivants.....	40
Graphique 39	Pourcentage de nouvelles clientes PF à qui on a indiqué le lieu d'approvisionnement	41
Graphique 40	Pourcentage de PPS fournissant des services de PF aux hommes et aux adolescents.....	45
Graphique 41	Pourcentage de PPS avec du personnel formé, de l'équipement adéquat et des produits pour fournir des services de SR.....	46
Graphique 42	Pourcentage de PPS ayant un personnel formé à la prise en charge de la diarrhée et des stocks adéquats de SRO.....	47
Graphique 43	Pourcentage de PPS répondant aux critères de 'l'hôpital ami des bébés'	49
Graphique 44	Pourcentage de PPS avec du personnel formé et l'équipement adéquat pour fournir des services de MST/SIDA.....	50
Graphique 45	Pourcentage de nouvelles clientes PF ayant reçu un counselling adéquat.....	52
Graphique 46	Pourcentage de PPS qui ont reçu, au moins, une visite de supervision.....	52

Liste des tableaux

Tableau 1	Répartition de l'échantillon de l'étude selon la région.....	3
Tableau 2	Coût moyen des consultations selon le secteur (en francs).....	7
Tableau 3	Durée médiane de la consultation par type de cliente et par secteur (en mn)...	17
Tableau 4	Critères d'éligibilité.....	38
Tableau 5	Caractéristiques de l'échantillon.....	42
Tableau 6	Evolution du nombre de PPS visités dans les quatre régions entre 1994 et 1998.....	43
Tableau 7	Les indicateurs calculés avec les données des EAS.....	44

EXECUTIVE SUMMARY

The 1998 Situation Analysis study is the third of a series of studies whose goal is to evaluate the quality and functioning of reproductive health/family planning programs in Senegal. The Child Survival/Family planning project (CS/FP), officially launched in August 1994, conducted the first study in the FP clinics of the whole country, in order to provide baseline information. In 1997 a second study was conducted in the 4 regions covered by the CS/FP project. The 1998 study was implemented to measure the effect of CS/FP project activities.

The 1998 study covered the 4 regions covered by the CS/FP project as well as the SDPs visited in the other 6 regions in 1994. The characteristics of the samples are listed in the following table:

Characteristics	Number of units
Regions covered	10
SDPs (182 rural and 153 urban)	335
Observations/interviews in FP	1039
Observations/interviews in antenatal consultation	1703
Observations/interviews in Control of Diarrheal Diseases	280
Interview with service providers	986

This report presents the results in three parts: 1) the 1998 SA study results; 2) Changes in Quality of Services between 1994 and 1998; and 3) Changes in the Strategic Objectives indicators between 1997 and 1998.

1. Results from the 1998 study.

Accessibility to services. The results revealed that not all the services were provided in all SDPs. FP services for men and adolescents, and nutrition rehabilitation, were available in only 6 out of 10 SDPs. The cost of services is found to be affordable by clients. Many SDPs had prices established by the community health committees. The services were offered only between 9:00 am to 14:00 pm.

Functional capacity. Almost all the SDPs have a waiting room well protected from the weather, but only 1 SDP out of 4 had enough seats for clients. The availability of running water, electricity and toilets needed more attention, specifically in rural areas. The overall availability of equipment is satisfactory, though there is some insufficiency in those required for the treatment and examination of diarrhea diseases and malnutrition. A significant proportion of the service providers have received training in prenatal care, delivery, postnatal care and diarrhea management, although a smaller proportion had been trained in FP. It was also noted that a significant effort had been concentrated in refresher courses in FP. The study showed that IEC activities are still non-existent at SDP level. Despite this, 8 out of 10 SDPs displayed the signs/notice board, indicating that FP services were offered. The necessary range of products exists, although not all the SDPs offer all methods. The management and provision of stocks was considered satisfactory, even though some stockout was noted. The health information system was found to be weak. The registers for FP and prenatal care are not well kept. Supervision, on the other hand, was relatively good; 69% SDPs had received at least one supervisory visit within the 6 months prior to the survey.

Quality of Care. The waiting time is too long compared to the time of interaction. Most of the new FP clients mentioned a preference for a contraceptive method. This choice is generally respected by the providers. Not all clients got adequate counseling. The data revealed that few prenatal clients received advice or information from the providers. On the other hand, the majority of the mothers or persons who accompanied children suffering from diarrhea or malnutrition received information on the mode of administration of ORS. The data revealed also that clients were systematically questioned in prenatal and diarrhea care, but less with FP clients. Second, the service providers did not rigorously observe aseptic conditions during pelvic examinations. The data revealed also that less than half of the service providers conforms to the norms regarding new FP clients who would like to have a FP method but who have not yet had menstruation. On the other hand, the majority of providers, have managed clients with side effects according to the norms. Also, the procedures of diarrhea and prenatal care consultations conforms to the norms. The only area of weakness was related to interpersonal communications; in fact, only 1 out of 4 people accompanying children with diarrhea were informed regarding dehydration of the children, and only 3 out of 10 prenatal clients were informed about the results of the physical examination. Finally, the study revealed that even though the service providers have good knowledge of STD/AIDS, they don't recommend condoms to clients. The service providers encourage the continuing use of their service.

2. Change of Quality of Services between 1994 and 1998

Functional Capacity: Between 1994 and 1998, the SDPs have achieved a significant increase in their effectiveness. A significant improvement were observed in curative care, delivery, nutritional surveillance, ORT, and IEC on AIDS services. The results confirms that between 1994 and 1998 the infrastructure and the equipment was improved. This is due to significant efforts put into the provision of large and small materials needed for examination and treatment, and for sterilization. Regarding the range of methods offered in Senegal, the IUD dropped precipitously, but the injectables and the Norplant are more widely available. A significant improvement also occurs in in the stocking systems, the supervision and the availability of signs/notice boards indicating the services offered in the SDPs. However, IEC activities and material shows no significant change.

Quality of care. The data shows that the new FP clients in 1998 are given more opportunity to choose within the range of methods. In fact, the average number of contraceptive methods mentioned at the time of consultation in 1998 has doubled compared to 1994. In 1994, pills has been the method most preferred by new clients but in 1998, the injectables have the first place. The acceptance of pills and IUDs was low compared to condoms, spermicides and Norplant. More information is provided to the new FP client in 1998. There is a decrease in the restrictions required for getting a contraceptive method. Also, an improvement was seen in the aseptic procedures during pelvic examination, as well as in encouraging the clients to continue with their methods.

3. Indicators of the Strategic Objective: comparative analysis of the 1997 and 1998 results

A comparison of the indicators calculated in 1997 and 1998 shows that improvement was observed in some indicators and the remaining showed no significant change.

IR 1: Increase the access to MCH/FP/STD/AIDS services. Four out of six of the indicators calculated have shown improvement. The percentage of SDPs providing FP services to men

and adolescents (IR 1.2) has significantly improved due to better data collection from men. The data also show increases in the percentage of SDPs with trained personnel, and with adequate equipment and the supplies necessary for providing FP services. However, high variations in this composite indicator resulted in improvements in the equipment available in health posts and health centers. The percentage of SDPs which have at least one trained person to manage diarrhea and who have an adequate stock of ORS, has improved due to a wider availability of ORS. The percentage of SDPs falling within the criteria of a “babies’ friend hospital” (IR 1.8) has also increased. This significant improvement is due to the effort of SDPs to conform to the document of maternal policies, the multiplication of support groups for breastfeeding in the regions, and finally implementation of the support system for nursing mothers at SDPs. On the other hand, two other indicators remain constant. The percentage of SDPs with at least one trained person to manage malnutrition and adequate equipment (IR 1.7), and the percentage of SDPs with trained personnel and adequate equipment for providing STD/AIDS services.

IR 3: Improve the quality of FP/MCH/STD/AIDS services. Out of four indicators, only one showed a significant improvement. The percentage of SDPs which received at least one supervisory visit during the previous 6 months (IR 3.5) has improved significantly. The other indicators such as the percentage of SDPs offering a complete range of contraceptive methods (IR 3.1), the percentage of clients who received adequate counseling conforming to the norms (IR 3.2), and the rate of continuity by FP clients remained constant or decreased.

Perspectives

From the dissemination of the results participants formulated several suggestions.

Regarding the improvement of the utilization of SA results, they recommended to:

- Disseminate the results to the most peripheral level.
- Determine the constraints in implementing plan of actions
- Emphasize follow-up activities
- Motivate the district levels through effective follow-up
- Reconsider the priorities put forward by supervisors
- Overcome the problems of regions with USAID intervention versus non USAID regions, by associating all the chief medical doctors of the regions and the districts at the inception of the research and by stimulating their interest in dissemination of results
- Attract the attention of the donors for financing priority activities.

Regarding research. Participants recommended to:

- Select from the 3 SA studies variables that have shown a satisfactory rate of utilization and to keep only those for the next SA.
- Submit to program managers the range of indicators, in order to respect the priorities of the reproductive health programs.
- Enlarge the technical committee to programs managers at the regional level.

I. INTRODUCTION DE L'ETUDE

Avec l'Etude d'Analyse situationnelle de 1998, le Sénégal vient de terminer la troisième d'une série d'études dont le but affirmé demeure l'évaluation de la qualité et du fonctionnement des programmes de Santé de la Reproduction / Planification Familiale.

Dans le cadre du Projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale (PSE/PF), officiellement lancé en août 1994, une première Etude d'Analyse Situationnelle (EAS) du système de prestation des services PF couvrant tout le pays a été menée. Cette étude avait pour objectifs de fournir des informations de base pour la mesure future de l'impact des activités du projet et aider à reformuler les interventions du programme.

En 1996, la mission USAID/Sénégal a signé avec le Gouvernement du Sénégal un accord de financement pour la maîtrise de la taille de la famille au Sénégal. La finalité de cet objectif stratégique est d'améliorer la santé (notamment la santé de la reproduction) et de trouver un meilleur équilibre entre le développement économique et l'accroissement de la population. Afin d'atteindre cet objectif, les deux parties ont convenu de travailler de concert pour l'atteinte des résultats intermédiaires-clés suivants :

- a) accroître l'accès aux services de Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale (SMI/PF), des Maladies Sexuellement Transmissibles et le VIH-SIDA (MST/VIH-SIDA) ;
- b) accroître la demande pour les services de Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale (SMI/PF) et les Maladies Sexuellement Transmissibles et le VIH-SIDA (MST/VIH-SIDA) ; et
- c) améliorer la qualité des services de Santé Maternelle et Infantile /Planification Familiale (SMI/PF), des Maladies Sexuellement Transmissibles et le VIH-SIDA (MST/VIH-SIDA).

C'est dans ce cadre qu'en 1997, une deuxième Etude d'Analyse Situationnelle fut menée dans les quatre régions prioritaires du PSE/PF. L'étude intermédiaire de 1997 devrait permettre d'évaluer la qualité et le fonctionnement des services SR, de développer des indicateurs de progrès pour atteindre l'Objectif Stratégique et fournir des données de base pour l'évaluation des normes et protocoles en matière de PF.

L'étude de 1998, telle que préconisé en 1994, devrait permettre d'évaluer les effets des interventions du PSE/PF qui arrivait à échéance en septembre 1998.

II. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif à long terme

L'objectif à long terme de l'étude était d'apporter une assistance au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal dans la planification de l'amélioration des services de Santé de la Reproduction / Planification Familiale.

2. Objectifs immédiats

L'Etude d'Analyse Situationnelle de 1998 se donne un certain nombre d'objectifs immédiats.

2.1 Evaluer la qualité et le fonctionnement des services de SMI/PF/MST/VIH-SIDA au Sénégal en :

- décrivant l'actuelle capacité des structures à fournir aux clients(es) des services de qualité en conformité avec les normes et protocoles ;
- décrivant la qualité des soins reçus par les clients(es) ;

2.2 Fournir des données pour la mesure de l'effet des interventions depuis le démarrage du PSE/PF.

2.3 Fournir des données pour la mesure des indicateurs liés à l'Objectif Stratégique N°1.

III. METHODOLOGIE

A l'origine, l'Analyse Situationnelle s'intéressait uniquement aux services de Planification Familiale. Toutefois, la deuxième et la troisième Analyse Situationnelle du Sénégal ont observé les services de Planification Familiale mais intégrés avec les services de SMI/MST/VIH-SIDA.

1. Echantillonnage

Trois unités de sondage ont été utilisées dans l'étude : les Points de Prestation de Services SMI/PF/VIH-SIDA, les prestataires de service de ces PPS et les clients(es) recevant ces services. A des fins de comparaison :

- l'étude a porté sur les PPS de PF fonctionnels dans les 4 régions d'intervention du PSE/PF¹ (Kaolack, Fatick, Louga et Ziguinchor²) et les PPS visités en 1994 dans les 6 autres régions du Sénégal ;
- tous les prestataires de services présents le jour de la visite de l'équipe d'enquête et ayant accepté de prendre part à l'étude ont été interviewés ;
- au niveau de chaque PPS, un échantillon de clients(es) venus pour des services de SMI/PF/VIH-SIDA le jour de la visite au PPS ont été interrogés(es).

¹ Ces 4 régions sont : Kaolack, Fatick, Louga et Ziguinchor.

² Dans la région de Ziguinchor, seuls les PPS du district de Ziguinchor ont pu être visités en raison de l'insécurité.

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon de l'étude selon la région.

Région	Nombre de districts	PPS Visités	Nombre Observation et Interview PF	Nombre Observation et Interview CPN	Nombre Observation et Interview LMD	Interviews Prestataires
Dakar	8	62	307	336	31	256
Thiès	8	20	124	108	15	108
Saint-Louis	5	23	122	92	18	77
Kaolack	4	68	122	321	74	188
Fatick	6	57	119	359	41	110
Ziguinchor	1	8	50	26	7	29
Kolda	2	9	40	36	10	29
Tambacounda	4	7	24	50	2	25
Louga	5	55	88	217	45	107
Diourbel	4	26	43	158	37	57
Ensemble	47	335	1039	1703	280	986

2. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 05 juin au 29 juillet 1998.

Chaque PPS sélectionné est visité pendant une journée durant laquelle un certain nombre de consultations SMI/PF/VIH-SIDA sont observés. Dans ce processus, deux types de clients(es) sont observés, les clients(es) de PF et les clients(es) de SMI. Chaque type de client(e) sélectionné(e) est, d'abord, observé(e) pendant la consultation puis interviewé aussitôt après.

L'information a été collectée à partir des sources suivantes :

- l'inventaire des installations disponibles et des services offerts dans le PPS ;
- l'observation de l'interaction entre la cliente et le prestataire de services de PF ;
- l'interview à la fin de la consultation des clients PF ;
- l'observation de la consultation des enfants atteints de diarrhée ;
- l'interview de fin de consultation pour les accompagnantes de ces enfants ;
- l'observation de l'interaction entre les femmes venues pour visites prénatales et les prestataires ;
- l'interview à la fin de la consultation des femmes venues pour visites prénatales;
- l'interview de prestataires de services de santé de la reproduction .

L'information collectée à partir de l'inventaire et des interviews du personnel fournissent des informations sur la disponibilité des services et sur les composantes du programme que sont l'infrastructure, la logistique, le personnel, l'équipement, la supervision et le système d'informations pour fins de gestion (SIG). Ces informations, dans leur ensemble, donnent le niveau de capacité des PPS à offrir des services.

L'information collectée à travers les guides d'observation et les interviews des clientes décrivent la qualité des soins reçus par les clients. La mesure de la qualité a été développée selon le schéma utilisé par les programmes de planification familiale (BRUCE J., 1990).

Rôle et responsabilité des équipes de collecte: Sous la responsabilité d'une coordinatrice d'étude, dix équipes ont été constituées pour la collecte des données.

Chaque équipe de collecte a visité un certain nombre de structures durant la période de collecte. L'équipe a en général passé une journée entière dans chaque PPS de l'étude. Cependant, étant donné le grand nombre de poste de santé où la fréquentation est faible, quelque fois deux postes de santé ont pu être visités dans une journée.

IV. RESULTATS

Première partie

**EVALUATION DES
PROGRAMMES DE SANTE
DE LA REPRODUCTION**

1998

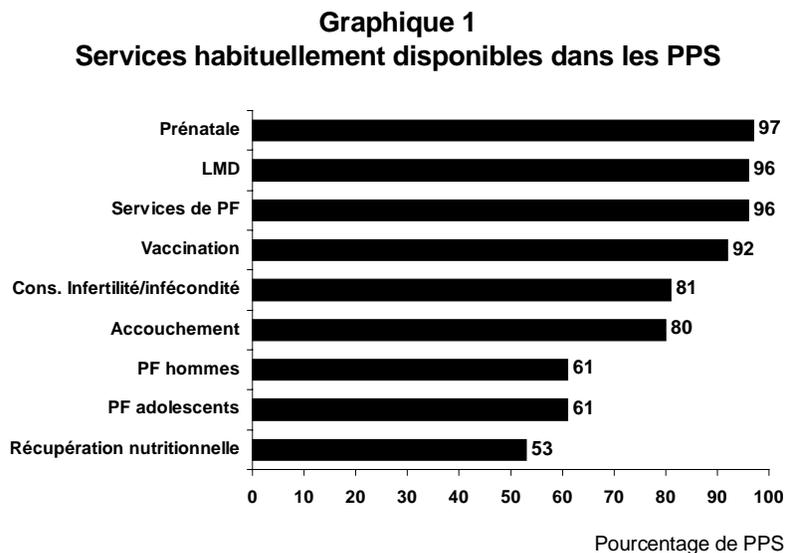
A. Accessibilité des services de SR

L'accès aux services de SR est un volet essentiel des programmes de santé de la reproduction. Les administrateurs de programmes et les décideurs l'étudient notamment dans la perspective de renforcer les prestations de services. L'accessibilité des services de SR est évaluée, dans cette étude, à partir :

- de la disponibilité des services ;
- du coût de la consultation ; et
- de la durée de fonctionnement des services.

1. Services offerts dans les PPS

Les résultats de l'étude montrent que le paquet minimum de services n'est pas encore disponible dans tous les PPS. On notera, toutefois, que les consultations prénatales, les services de PF, la LMD et les services de vaccination sont offerts dans presque tous les PPS. Les soins post-abortum, la surveillance nutritionnelle et les consultations post-natales sont offerts dans une moindre mesure mais ils sont



disponibles dans 80 % des PPS ; il en est de même des consultations pour infertilité/infécondité et des services d'accouchement. Les services de PF aux hommes et aux adolescents et la récupération nutritionnelle sont les services qui sont les moins disponibles.

Les données collectées attestent, par ailleurs, que l'IEC en matière de PF est disponible dans 87 % des PPS ; niveau légèrement supérieur à celui de l'IEC sur les MST qui est pratiqué dans 86 % des structures. Quant à la promotion des moyens de prévention du VIH-SIDA, elle n'est effective que dans 70 % des PPS, ce qui atteste d'un besoin d'efforts accrus dans ce sens.

Il a été noté, enfin, que dans 57 % des PPS, tous les services sont disponibles pendant 5 jours de la semaine ; et les services de PF offerts tous les jours ouvrables dans 8 PPS sur 10.

2. Accessibilité financière

Le coût des services et les coûts des produits et méthodes fournis dans les PPS est saisi à partir de l'inventaire des services. Dans la majorité des PPS, les méthodes contraceptives sont offertes gratuitement, les clientes ne payent que les frais de consultation. En effet, la pilule, les injectables, les préservatifs et les spermicides sont vendus dans 5 % des PPS offrant ces produits ; quant au DIU il est vendu dans 10 % des PPS qui offrent cette méthode. L'accouchement s'avère le service qui coûte le plus cher et comme il a été également constaté

dans le cadre de l'EAS de 1997, le secteur parapublic est celui dont les coûts des services sont les plus élevés.

La tarification a été établie par les comités de santé dans 35 % des PPS du secteur public. C'est dans une proportion moindre que cette tarification est établie par la Région Médicale (9 %) ou par les comités de santé conjointement avec la région médicale (27 %). La tarification est établie par les prestataires dans 17 % des PPS du secteur public.

Rappelons que, depuis 1994, des efforts sont consentis dans le sens de

l'harmonisation et de l'affichage des tarifs. En 1997, cette dynamique notait à son actif l'inclusion de certains districts dans l'initiative de Bamako. Aujourd'hui il est noté un certain nombre d'acquis car les tarifs sont affichés au niveau de certains PPS : LMD (dans 9 % des PPS), soins prénatals (8 %), vaccination (7 %), traitement des MST (6 %) et PF (5 %).

3. *Durée de fonctionnement des services*

Reconduisant la méthodologie de collecte adoptée lors des EAS précédentes, les équipes de collecte étaient présentes dans les PPS avant l'heure d'ouverture officielle (8 heures) jusqu'au moment de la fermeture pour constater l'organisation quotidienne des services. Il a été constaté que 69 % des PPS étaient ouverts avant 9 heures. Les données de l'étude attestent, par ailleurs, que les services de santé restent disponibles de 9 heures à 14 heures. La durée de fonctionnement des services de santé est encore très réduite.

A la fin, l'on retiendra que le respect de l'heure d'ouverture officielle reste un objectif à atteindre. Des efforts doivent, également, être consentis dans le sens de l'extension du paquet minimum de services à tous les PPS. Un accent particulier devrait être mis sur l'amélioration de l'accès à la PF des hommes et des adolescents, mais surtout sur la disponibilité de points ou unités de récupération nutritionnelle.

Tableau 2
Coût moyen des consultations selon le secteur (en francs)

Type de consultation	Public	ASBEF	Parapublic/ privé
Soins prénatals	215 (n=245)	230 (n=3)	440 (n=28)
Accouchement	1500 (n=87)	--	3300 (n=5)
Vaccination	85 (n=165)	100 (n=1)	115 (n=23)
Planification familiale	200 (n=730)	135 (n=22)	400 (n=121)
LMD	100 (n=195)	--	225 (n=24)
Traitement MST	170 (n=196)	200 (n=2)	420 (n=25)

Source: Inventaire, 1998

B. Capacité de fonctionnement des PPS

Un des objectifs fondamentaux de l'Analyse Situationnelle est de contribuer à l'amélioration des services offerts par les PPS par l'examen des facteurs liés au système de prestation des services et qui ont un impact sur le degré de rendement, d'efficacité et de qualité de ces services. Dans cette étude, l'évaluation du fonctionnement des PPS porte sur la qualité et la quantité des ressources disponibles et les mécanismes de gestion mis en place. Elle est faite à partir de l'inventaire des services et des installations et prend en compte les aspects suivants :

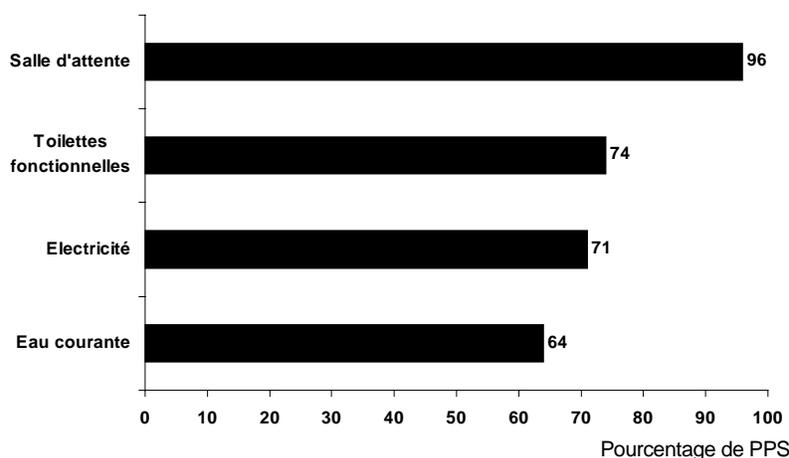
- l'infrastructure et l'équipement ;
- la disponibilité et la formation du personnel ;
- la disponibilité des services IEC ;
- la disponibilité des produits ;
- la supervision ;
- le système d'information à des fins de gestion (SIG).

1. Infrastructure

Des données collectées, il ressort que 213 PPS sur 335 disposent de l'eau courante ; par ailleurs, 238 PPS sur 335 disposent de l'électricité et ont des toilettes et latrines fonctionnelles.

L'intérêt porté sur les PPS mal lotis indique, cependant, que 66 PPS sur les 335 visités ne disposent ni d'eau courante ni d'électricité : 64 parmi les 182 PPS ruraux et 2 parmi les 153 PPS urbains.

Graphique 2
Caractéristiques des infrastructures disponibles dans les PPS



Source: Inventaire, n=335, 1998

Quant à la salle d'attente, c'est presque tous les PPS qui en disposent. Elle est protégée contre les intempéries dans 78 % des cas. C'est 324 PPS qui ont des bancs mais l'observation le jour de la visite a révélé que dans 83 PPS sur les 335 il n'y avait pas suffisamment de places assises, des clientes attendant debout.

On retiendra, enfin, que seuls 62 % des PPS font état d'un système de réception des clientes par ordre d'arrivée.

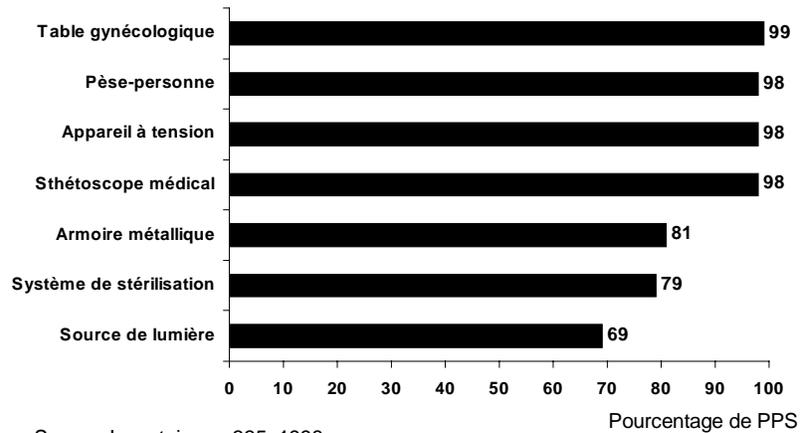
2. Equipement

2.1. Equipement de PF/CPN

Une liste standard d'équipement a été établie pour les postes et les centres de santé. Sur la base de celle-ci, le matériel et l'équipement des PPS ont été recensés.

Les données collectées attestent que la plupart des PPS disposent d'une table gynécologique, d'un pèse-personne, d'appareil à tension et de stéthoscope médical. Les armoires métalliques ont été trouvées dans 270 PPS. La disponibilité d'une source de lumière reste, cependant, à un niveau relativement moindre car c'est seulement 231 PPS qui en disposent. Le défaut de source lumineuse est, du reste, plus accentué au niveau du secteur rural. En effet, 72 parmi les 182 PPS ruraux n'en disposent pas comparé à 32 parmi les 153 PPS urbains.

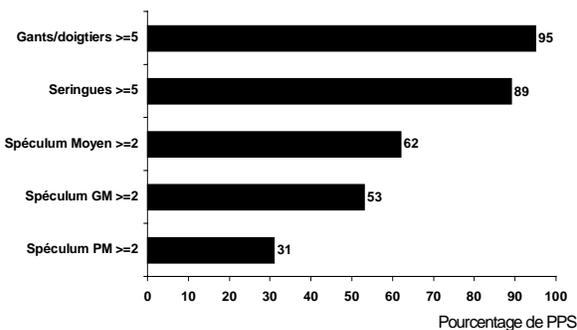
Graphique 3
Pourcentage de PPS disposant de l'équipement minimum pour fournir des services de SR



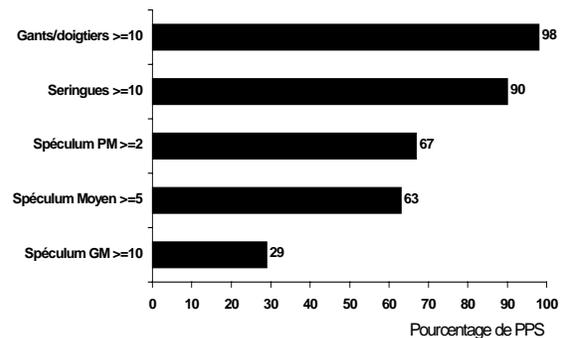
L'équipement de stérilisation est apprécié à travers l'existence des éléments suivants : le poupinel, l'autoclave et la poissonnière. 260 PPS disposent de l'un ou l'autre de ces éléments. La majorité des PPS qui ne disposent d'aucun moyen de stérilisation se trouvent en milieu rural (55 PPS ruraux contre 20 PPS urbains). Pris individuellement, le poupinel existe dans 40 % des PPS et l'autoclave dans 8 %. Les moyens de stérilisation chimique ont été répertoriés dans 19 % des PPS ; niveau largement inférieur à celui atteint par la poissonnière qui existe dans 47 % des PPS. Ceci laisse penser que c'est la désinfection à haut niveau qui est la plus utilisée au niveau des PPS.

Dans le souci de tenir compte des minima selon le niveau de référence de la pyramide sanitaire, on trouve, d'une part, les postes de santé et de l'autre, les centres de santé, centres de référence, hôpitaux et cliniques ASBEF. Aussi les résultats sont présentés séparément pour ces deux niveaux.

Graphique 4
Pourcentage de Postes de Santé disposant de matériel minimum nécessaire pour fournir des services de SR



Graphique 5
Pourcentage des autres PPS disposant de matériel minimum nécessaire pour fournir des services de SR



La majeure partie des centres de santé et assimilés disposent de gants ou de doigtiers ; les postes de santé ont également un niveau de disponibilité assez suffisant pour ce matériel. Le

recensement du matériel au niveau des PPS atteste, par ailleurs, que les seringues de différentes tailles existent en nombre suffisant que ce soit dans les PPS de niveau centre de santé ou dans les postes de santé. Par contre c'est au niveau de la disponibilité des spéculums que les PPS montrent un relatif dénuement. Pour ce qui est des postes de santé, seuls 62 % d'entre eux disposent de spéculums moyens. Les spéculums GM et PM sont disponibles à des niveaux encore moindres (respectivement 53 % et 31 % des postes de santé). On notera, cependant, que même les structures de grande fréquentation, celles de niveau centres de santé, hôpitaux, etc, n'en disposent pas en nombre suffisant.

Par ailleurs, la disponibilité en matériel de stérilisation présente des disparités selon le niveau de formation sanitaire. La poissonnière existe dans 57 % des postes de santé, le poupinel dans 21 % et la stérilisation chimique dans 19 % d'entre eux. Dans les autres types de PPS, c'est le poupinel qui est le plus fréquent car on le trouve dans 91 % des centres de santé et assimilés. On trouve l'autoclave dans 30 % d'entre eux, la stérilisation chimique dans 19 % et la poissonnière dans 17 %.

En plus des équipements essentiels cités précédemment, le DIU et le Norplant nécessitent des instruments spécialisés.

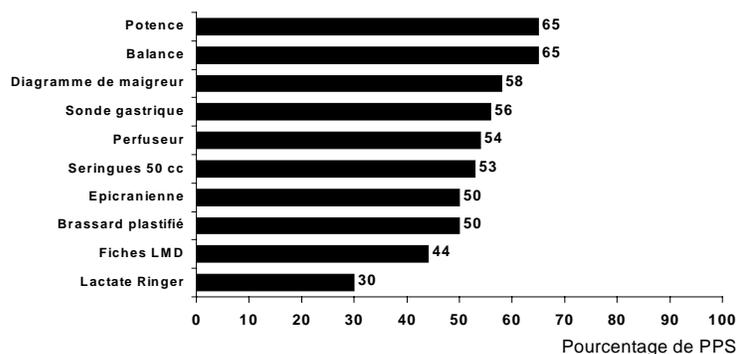
Cent-trente quatre (134) PPS parmi les 335 visités fournissent habituellement le DIU. Parmi ceux-ci, 59 disposent d'au moins une boîte de pose et de retrait avec le contenu au complet. Cette situation concerne 11 postes de santé et 48 centres de santé et assimilés. Le contenu de la boîte est complet et en bon état dans les 55 PPS ; dans les 4 autres les matériels suivants sont défectueux : les ciseaux droits (4 PPS), la pince pour retrait DIU, le crochet pour retrait DIU et la sonde utérine (3 PPS), la pince à badigeonner, la pince à col (POZZI), les ciseaux courbés, la boîte métallique pour instruments et le speculum (2 PPS).

Quant au Norplant, il est offert au niveau de 33 PPS ; 24 d'entre eux ont le contenu de la boîte d'insertion et de retrait au complet et en bon état et sont ainsi répartis : 9 centres de référence, 2 hôpitaux, 6 centres de santé, 5 ASBEF et 2 PMI.

2.2. *Équipement pour la prise en charge des maladies diarrhéiques et de la malnutrition*

L'intégration effective des services SMI/PF au niveau des PPS est une option du Ministère de la Santé. La prise en charge des maladies diarrhéiques et de la malnutrition notamment est un des volets inclus dans le paquet minimum de services que les PPS sont appelés à offrir. Toutefois, la capacité des PPS à faire face à la demande de services est fortement liée à la disponibilité d'un nombre minimum nécessaire de

Graphique 6
Pourcentage de PPS disposant de l'équipement et du matériel pour la prise en charge des diarrhées et de la malnutrition



Source: Inventaire, n=335, 1998

matériels. L'étude s'est intéressée au matériel de prise en charge des maladies diarrhéiques et de la malnutrition dans les PPS. Les données collectées attestent que le niveau de disponibilité du matériel dans les PPS est plutôt moyen.

On notera que 79 PPS sur les 335 visités ne disposent ni de la balance automatique 25 kg ni du diagramme de maigre. C'est 127 PPS qui possèdent une Unité de Réhydratation Orale (URO) ou un Centre de Récupération Nutritionnelle (CREN) au moment de la collecte.

Des efforts restent à être consentis dans le sens de l'extension du matériel minimum nécessaire à tous les PPS pour leur permettre une meilleure prise en charge des maladies diarrhéiques et des cas de malnutrition.

3. Disponibilité et formation du personnel

Le personnel SMI/PF a été recensé avec la personne responsable de la structure dans la majorité des cas. La formation et le recyclage des prestataires de services ont été saisis à partir de l'interview des prestataires de services présents au PPS le jour de l'enquête et ayant consenti à répondre aux questions.

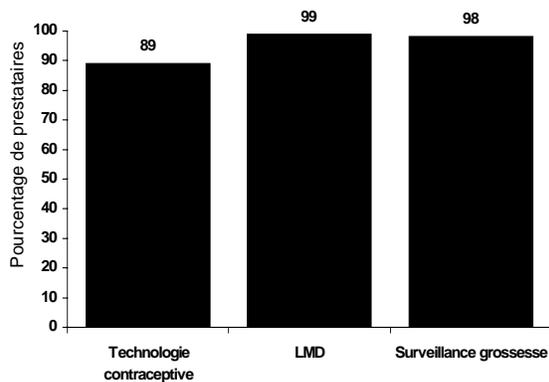
3.1. Nombre et type de personnel

Dans les 335 PPS visités, les services de SMI/PF sont assurés par 2577 prestataires. La répartition de ce personnel selon la catégorie socio-professionnelle révèle une prédominance des Agents de Santé Communautaire (1216), suivis des Agents sanitaires (544), des Sage-femmes et Techniciens supérieurs (416) et des Infirmiers d'état (294). Les Médecins représentent 4 % prestataires.

3.2. Formation du personnel

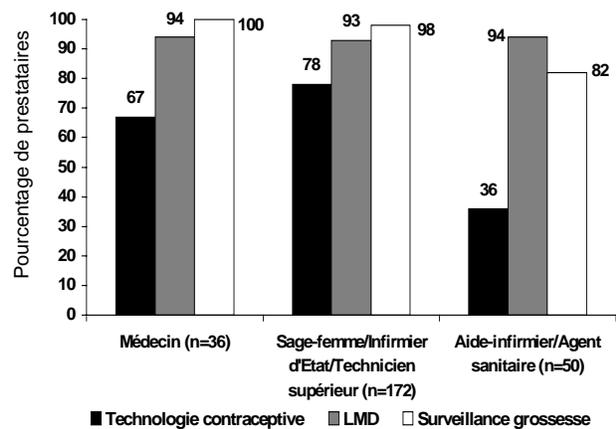
L'entretien réalisé auprès des 986 prestataires qui ont été présents le jour de l'enquête révèle que l'ancienneté dans le PPS est de 8 ans en moyenne mais varie entre 1 et 32 ans. Une infime minorité de prestataires sont à leur première année d'expérience. Quant à la durée médiane depuis la formation de base, elle est de 14 ans.

Graphique 7-a
Niveau de formation de base/continue des infirmiers dans les Postes de santé



Source: Interview Prestataire, A S Sénégal, 1998, n=162

Graphique 7-b
Niveau de formation de base/continue des prestataires dans les Centres de Référence et les Centres de Santé



Source: Interview Prestataire, A S Sénégal, 1998

Le niveau de formation des prestataires présente une importance en ce sens qu'il témoigne de l'intérêt que le Ministère de la Santé en particulier, accorde au développement de compétences techniques du personnel en Santé de la Reproduction. Il ressort dès lors des entretiens accordés par les prestataires que des efforts accrus doivent être consentis dans le sens de la formation du personnel des PPS.

Le niveau de formation de base ou continue des infirmiers dans les Postes de santé est satisfaisant aussi bien en Technologie contraceptive, en LMD et en Surveillance de grossesse. En effet, ils sont plus de 89 % à avoir reçu une formation en technologie contraceptive. Les deux autres domaines ont un pourcentage plus élevé de formation. Les données montrent aussi que des proportions importantes d'infirmiers exerçant dans les Postes de santé ont reçu une formation de base en LMD (83 %) et en Surveillance de grossesse (96 %) comparées à 19 % qui ont eu une formation de base en Technologie contraceptive.

La formation de base et la formation continue des médecins dans les Centres de référence et les Centres de santé a atteint des niveaux également satisfaisants en LMD (94 %) et en Surveillance de grossesse (100 %). Elle est à un niveau moindre pour la technologie contraceptive (67 %). De même les Sage-femmes, les Infirmiers d'Etat, les Techniciens supérieurs, les Aide-infirmiers et les Agents sanitaires jouissent d'un niveau satisfaisant de formation en LMD et en Surveillance de grossesse. Mais chez les Agents sanitaires et les Aide-infirmiers, la formation en Technologie contraceptive est à un niveau moindre (36 %).

Les données font aussi apparaître que la formation de base en Technologie contraceptive touche 42 % des médecins et 33 % des sage-femmes et infirmiers d'Etat travaillant dans les Centres de santé et Centres de référence.

La durée moyenne depuis le dernier recyclage est de 2 ans sauf pour la Technologie contraceptive dont la durée moyenne depuis la fin du recyclage est de 4 ans.

Le niveau de formation des prestataires présente une importance en ce sens qu'il témoigne de l'intérêt que le Ministère de la Santé accorde au développement des compétences techniques du personnel en Santé de la Reproduction. Il ressort dès lors des entretiens accordés par les prestataires que des efforts accrus doivent être consentis dans le sens de la formation du personnel des PPS.

4. Activités et matériel d'IEC

4.1. Activités d'IEC dans les PPS

Les activités IEC constituent une composante essentielle de la réussite des programmes de santé de la reproduction. Les causeries, conseils et informations constituent, en effet, des éléments importants pour améliorer l'accessibilité des services.

Bien que les activités d'IEC soient théoriquement quotidiennes, seuls 8 % des PPS ont organisé une causerie le jour de l'enquête. Les thèmes abordés lors de ces causeries sont la PF et l'allaitement maternel (12 des 27 PPS concernés), suivis de la vaccination et de la surveillance nutritionnelle et pondérale (8 PPS) et des soins prénatals (6 PPS). Ces données font apparaître que les causeries organisées portent sur des thèmes variés.

Les PPS offrent des services de conseils ou informations sur la MAMA (68 %), la PF naturelle (46 %) et la LT (44 %).

Parmi les PPS ayant organisé une causerie le jour de la visite, on note : 10 Centres de Santé (sur 47), 10 Postes de Santé (sur 242), 2 Centres de Référence (sur 10), 2 cliniques modèles de ASBEF (sur 6), 1 Hôpital (sur 8).

Un planning des causeries existe dans la plupart des PPS. En effet, dans 59 % d'entre eux, les séances de causeries sont planifiées. La répartition par type de PPS montre que 146 Postes de Santé, 25 Centres de Santé, 8 Centres de Référence, 5 Hôpitaux et 4 ASBEF disposent d'un planning des séances de causerie.

4.2. *Matériel d'IEC*

Les données de l'inventaire des services et des installations révèlent que 20 % des PPS n'ont aucun panneau/signe indicateur des services offerts. Parmi ceux-ci : 45 Postes de santé (sur 242), 10 Centres de santé (sur 47), 4 Hôpitaux (sur 8) et 1 ASBEF (sur 6).

A l'intérieur des bâtiments, on trouve des panneaux/signes annonçant la disponibilité de la PF dans 17 % des PPS et des services de CPN et de LMD dans 11 % des PPS. Quant aux panneaux/signes à l'extérieur des bâtiments, ils annoncent la disponibilité de la PF, des services de CPN et des services de LMD, respectivement, dans 47 %, 6 % et 2 % des PPS. Pour ces mêmes services, on trouve des panneaux /signes à l'intérieur et à l'extérieur du bâtiment dans, respectivement, 15 %, 3 % et 1 % des PPS.

Il ressort de ces données que l'information fournie à travers les panneaux et affiches publicitaires porte surtout sur la PF.

On notera, par ailleurs, que 76 % des PPS visités disposent d'une boîte à image pour l'un ou l'autre des domaines suivants : PF, soins prénatals/postnatals, accouchement, VIH-SIDA, nutrition-mère, allaitement maternel, vaccination et autres MST. Ils représentent 185 Postes de santé, 37 Centres de santé, 6 Hôpitaux et la totalité des Centres de référence et des cliniques modèles de ASBEF.

C'est une proportion de PPS nettement moindre (13 % soit un effectif de 42 PPS) qui dispose d'un matériel audio-visuel que ce soit pour l'un ou l'autre des domaines cités précédemment. Parmi ceux-ci : 15 Centres de santé, 9 Centres de référence, 6 Postes de santé, 6 ASBEF et 2 Hôpitaux.

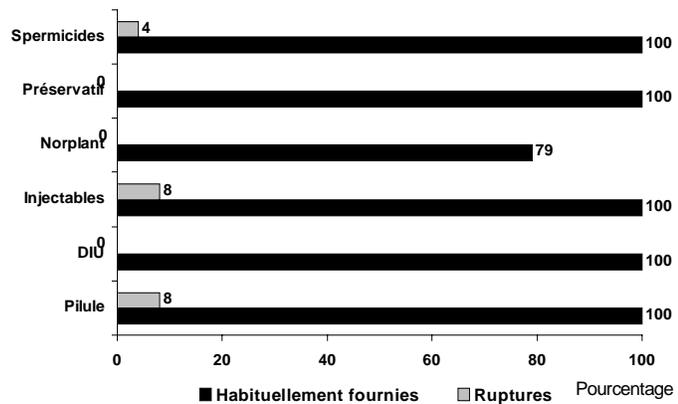
Quant aux affiches sur les murs, elles existent dans la quasi-totalité des PPS visités au moment de la collecte des données.

5. Stocks de produits et logistique

5.1. Stock de contraceptifs

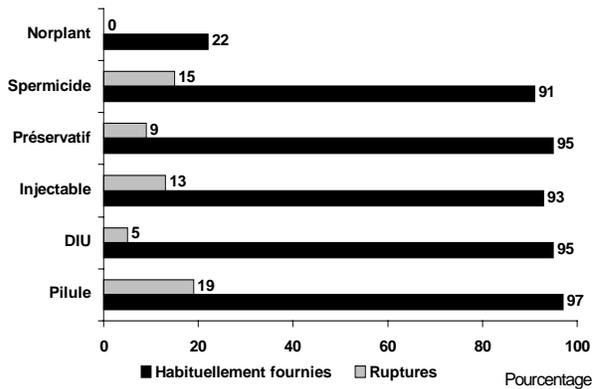
La gamme de méthodes contraceptives habituellement offertes dans les PPS diffère selon le niveau. Dans les Hôpitaux, Centres de Référence et cliniques modèles ASBEF, on trouve la pilule, le DIU, les injectables, le préservatif, les spermicides et le Norplant. Dans les Centres de santé, PMI et Cliniques, les méthodes sont la pilule, le DIU, les injectables, le préservatif et les spermicides. Les mêmes méthodes sont offertes au niveau des Postes de santé.

Graphique 8-a
Méthodes fournies dans les Hôpitaux/Centres de Référence/ASBEF et ruptures au cours des 3 derniers mois



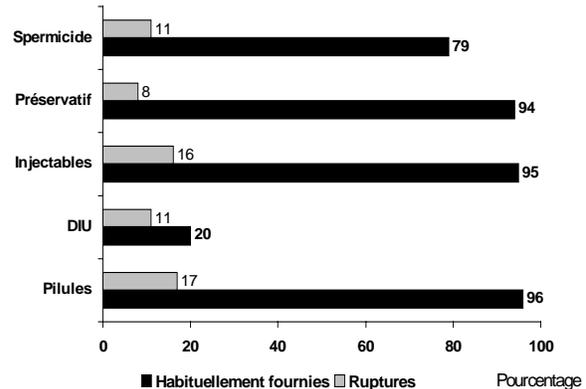
Source: Inventaire, n=24, 1998

Graphique 8-b
Méthodes fournies dans les Centres de santé/PMI/Cliniques et ruptures au cours des 3 derniers mois



Source: Inventaire, n=58, 1998

Graphique 8-c
Méthodes fournies dans les Postes de santé et ruptures au cours des 3 derniers mois



Source: Inventaire, n=242, 1998

Le graphique 8-a montre que, hormis le Norplant, toutes les méthodes requises sont fournies par la totalité des Hôpitaux, Centres de Référence et Centres ASBEF. Le Norplant n'est pas fourni au niveau de 5 des 8 Hôpitaux visités : IHO, Hôpital Régional de Thiès, Hôpital Régional de Saint-Louis, Hôpital de Ndioum et Hôpital de Ourossogui.

Plus de 90 % des Centres de santé, PMI et Cliniques privées fournissent habituellement la pilule, le DIU, les injectables, le préservatif et les spermicides (graphique 8-b). L'offre du Norplant est à un niveau nettement moindre car il n'est habituellement fourni que dans 22 % des structures. Les Centres de santé, PMI et Cliniques privées ont connu des ruptures pour toutes les méthodes sauf pour le Norplant.

La pilule, les injectables et les préservatifs sont habituellement fournis dans plus de 90 % des Postes de santé (graphique 8-c). L'offre du spermicide est à un niveau inférieur car il n'est habituellement fourni que dans 79 % des structures. Quant au DIU, 20 % seulement des

Postes de santé le fournissent habituellement. On note que ces PPS aussi ont connu des ruptures pour certaines méthodes de contraception : pilule (17 %), injectable (16 %), DIU et spermicide (11 %) et préservatif (8 %).

Les résultats relatifs à la rupture des stocks attestent de la nécessité d'améliorer le système logistique.

5.2. *Produits nécessaires pour la prise en charge des cas de diarrhée et de la malnutrition*

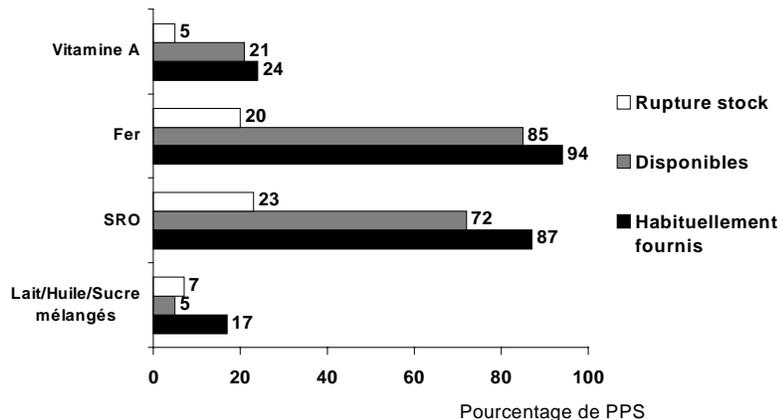
L'étude s'est attachée à voir la disponibilité, dans les PPS, des produits tels que le mélange de lait/huile/sucre, la SRO, le fer et la vitamine A nécessaires pour la prise en charge des cas de diarrhée et de la malnutrition.

Les données collectées montrent que le mélange lait/huile/sucre est très peu disponible au niveau des PPS. Ceux qui offrent le produit feraient plutôt référence à une prescription que les prestataires demandent à la mère de l'enfant d'acheter. Les prestataires expliquent alors le dosage de la préparation à la mère et en surveillent l'administration.

Le fer et la SRO sont, par contre, bien disponibles au niveau des PPS.

Notons, pour finir, que dans 89 % des cas, ces produits sont stockés de manière appropriée (à l'abri des intempéries); par contre, 85 % des PPS visités gèrent leur stock selon la date de péremption.

Graphique 9
Disponibilité des produits pour la prise en charge des diarrhées et de la malnutrition



6. *Gestion et supervision*

6.1. *Le Système d'Informations à des fins de Gestion (SIG)*

Pour faire fonctionner le SIG, il est nécessaire de disposer d'outils adéquats de recueil et de traitement des données.

Les registres spécifiques à chaque type d'activité sont disponibles dans 39 % des PPS. La proportion de PPS qui déclarent disposer d'un registre journalier commun pour toutes les activités de SR représentent 4 % des PPS visités. Il s'agit de 5 Postes de santé, 1 Clinique et la totalité des cliniques ASBEF (6).

On notera, enfin, que des efforts accrus doivent être consentis dans le sens de la bonne tenue des registres. Dans les meilleurs cas, les registres ne sont bien tenus que dans un peu plus de la moitié des PPS. C'est le cas pour les registres relatifs aux maladies diarrhéiques (58 % des

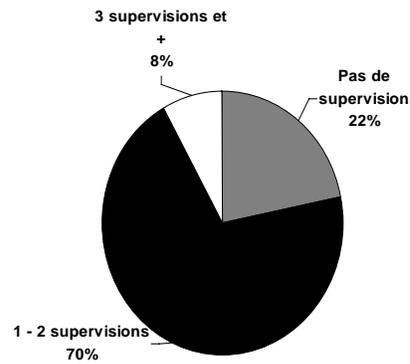
cas), aux accouchements (56 %), à la consultation curative (55 %), aux MST (54 %) et aux vaccinations (54 %). Ce sont les registres relatifs aux consultations prénatales (CPN) et à la PF qui sont les moins bien tenus (respectivement 45 % et 43 % des cas).

6.2. *La supervision*

On peut dire que les recommandations exprimées par le Ministère de la Santé, selon lesquelles chaque PPS devrait recevoir au moins une visite de supervision par trimestre, sont bien suivies. Sept (7) PPS sur 10 ont reçu une à deux visites de supervision au cours des six derniers mois, ce qui montre que la fréquence de la supervision est acceptable. Toutefois cette dynamique doit être consolidée dans les années à venir car une proportion non négligeable de PPS n'ont, par contre, bénéficié d'aucune visite de superviseurs.

Parmi les 261 PPS qui ont reçu, au moins, une visite de supervision, il est apparu que, dans plus de 60 % des cas, le superviseur s'est intéressé à l'examen des statistiques. L'intérêt porté sur l'observation des soins dispensés dans les différents services de l'unité SMI/PF a été constaté dans 48 % des cas. Quatre (4) visites de supervision sur dix (10) furent également l'occasion, pour le superviseur, de s'enquérir des problèmes de service et de suggérer, au besoin, des améliorations. C'est dans une proportion nettement moindre

Graphique 10
Pourcentage de PPS supervisés au cours des 6 derniers mois



Source: Inventaire, A S Sénégal, 1998, n=335

(28 %) que la supervision a porté uniquement sur le service dont le superviseur est responsable. Dans 17 % des cas, les superviseurs ont eu à complimenter le travail.

C. Qualité des services

La qualité des soins est évaluée à partir de l'observation des consultations et des interviews avec les prestataires de services et les clientes. Fondée sur le modèle Bruce-Jain, cette évaluation porte sur les relations inter-personnelles, le choix des méthodes, les informations échangées, les compétences techniques des prestataires, les mécanismes pour encourager la continuité et l'organisation des services.

1. Interactions prestataires-clientes

Cet élément de la qualité des services porte principalement sur le contenu des échanges entre le prestataire et la cliente et permet d'apprécier la dimension humaine des services ainsi que la perception, par la cliente, des services reçus. En effet, le degré de convivialité des rapports entre le personnel et la clientèle, depuis l'accueil jusqu'à la sortie de consultation, est un des facteurs incitatifs pour la continuité de l'utilisation des services.

Il ressort de l'observation que les règles de bienséance ont été respectées car la plupart des clientes ont eu droit à des salutations cordiales.

Les données issues de l'observation des consultations montrent que le temps consacré aux consultations des clientes est assez variable. On notera toutefois, relativement aux clientes PF, que les prestataires accordent plus de temps aux nouvelles clientes qu'aux anciennes quel que soit le secteur d'appartenance du PPS. Les prestataires des secteurs para-public, ONG et privé passent plus de temps avec la cliente CPN qu'avec l'enfant souffrant de diarrhée ou de malnutrition. Enfin, c'est au niveau des structures relevant du secteur para-public que les prestataires passent le moins de temps avec les clientes PF.

Tableau 3 : Durée médiane de la consultation par type de cliente et par secteur (en mn)

	PUBLIC	PARA-PUBLIC	ONG	PRIVE
Nouvelles clientes PF	17 (n=201)	13 (n=40)	20 (n=23)	15 (n=1)
Anciennes clientes PF	7 (n=560)	5 (n=143)	7 (n=62)	12 (n=4)
Clientes CPN	9 (n=1435)	9 (218)	14 (n=38)	10 (n=9)
Clientes LMD	10 (n=244)	7 (n=25)	5 (n=1)	5 (n=10)

Sources : Observations clientes PF, CPN et LMD, 1998.

Il semble, cependant, que la durée de l'interaction ne gêne pas les clientes ; 70 % de celles venues pour la PF, 74 % pour la CPN et 75 % pour la LMD la trouvent à peu près correcte ou juste ce qu'il faut.

L'intimité de la consultation, qui constitue également un élément de satisfaction de la cliente, a été respectée selon les déclarations des clientes (97 % PF et LMD, 95 % CPN).

Il a été remarqué que la majorité des clientes PF, CPN et LMD estiment avoir bénéficié des soins et informations désirés le jour de leur visite, respectivement 96 %, 93 % et 93 % des clientes.

Toutefois, comme il a été souligné dans le cadre de l'EAS de 1997, le fait que les clientes soient interrogées dans l'enceinte du PPS peut entraîner un biais dû à la courtoisie dans les réponses.

2. *Choix des méthodes*

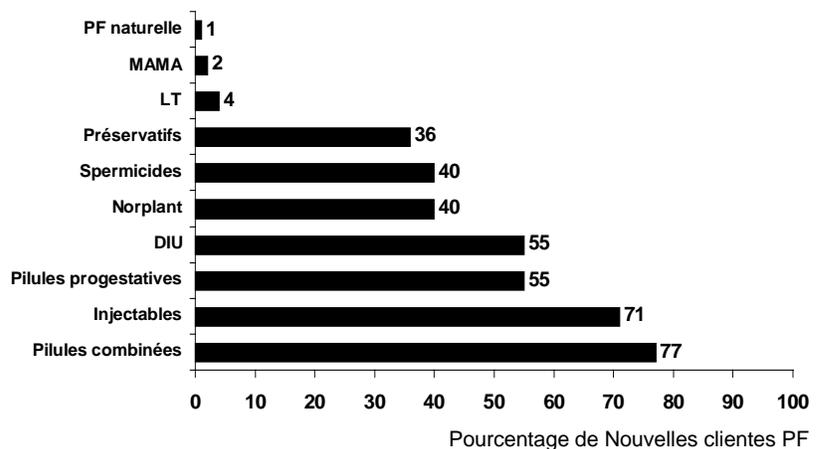
Au Sénégal, une gamme de dix méthodes contraceptives est disponible. Il est recommandé aux prestataires de la présenter à toutes les nouvelles clientes pour leur permettre de faire un choix éclairé. Le respect de ce choix est l'un des aspects les plus importants de la qualité des services.

2.1. *Méthodes mentionnées et discutées*

Les données recueillies au cours de l'observation de nouvelles clientes PF montrent que toutes les méthodes ne sont pas présentées. Le nombre moyen de méthodes discutées par consultation est de 3 et seules 8 femmes sur les 256 nouvelles clientes ont été entretenues sur l'ensemble des 10 méthodes.

Il ressort du graphique, que les méthodes les plus fréquemment citées aux nouvelles clientes sont les pilules combinées suivies des injectables. Les pilules progestatives et le DIU ont été discutés avec un peu plus de la moitié des nouvelles clientes. Les méthodes les moins mentionnées au cours des consultations sont la LT, la MAMA et la PF naturelle.

Graphique 11
Méthodes mentionnées et discutées durant la consultation de nouvelles clientes PF



Source: Observation Clientes PF, A S Sénégal, 1998, n=256

De l'analyse par type de PPS, il ressort que la pilule combinée est surtout utilisée dans les postes de santé. L'injectable est la méthode la plus utilisée dans les PPS de niveau centre de santé (61 % des choix des clientes).

2.2. *Choix de la cliente*

Dans la majorité des cas, les nouvelles clientes ont mentionné une préférence pour une méthode contraceptive. Cette préférence a porté sur les injectables (53 %), la pilule (31 %), le Norplant (10 %), le DIU (4 %) et les spermicides (2 %). Toutefois, on notera que dans 11 % des entrevues, le prestataire a particulièrement encouragé une méthode. Ce fait est plus remarqué chez les prestataires relevant des Postes de santé.

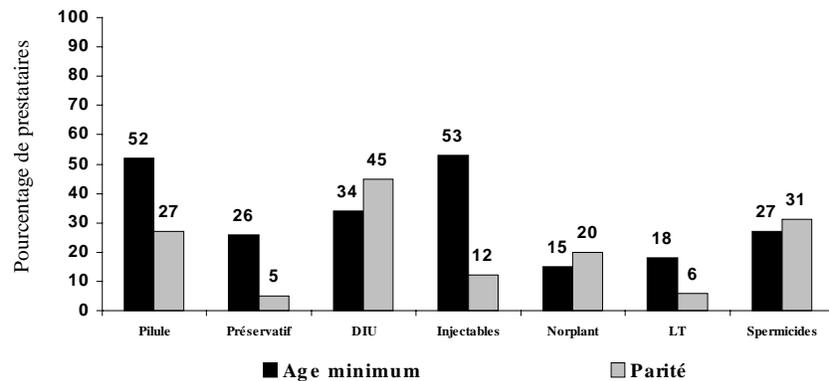
Dans la grande majorité des cas, les nouvelles clientes ont reçu la méthode qu'elles avaient décidé d'utiliser. Celles qui n'ont pas pu obtenir leur méthode le jour de la visite sont au nombre de 69. Elles ont reçu à la place des spermicides (57 %), des pilules combinées (24 %), des préservatifs (14 %), des pilules progestatives (3%) et des injectables (2 %). Soixante-neuf des soixante-seize clientes qui recommencent la contraception ont spontanément mentionné la méthode qu'elles utilisaient auparavant. Parmi celles-ci 52 ont décidé d'utiliser la même méthode qu'elles utilisaient avant, 8 d'utiliser une nouvelle méthode et les 9 autres n'avaient pas de préférence.

Les nouvelles clientes qui ont reçu une méthode autre que celle qu'elles auraient préféré expliquent le changement par diverses raisons. Pour 19 % d'entre elles, la méthode n'est pas appropriée selon le prestataire ou elle n'est pas offerte par le PPS, pour 7 % la méthode préférée est en rupture de stock et 55 % ont avancé d'autres raisons. D'autres facteurs pourraient également contribuer à l'acceptation d'une méthode non préférée telles certaines restrictions non médicales.

2.3. Barrières à la contraception

Les normes des services de PF en vigueur au Sénégal exigent que le prestataire procède à un interrogatoire et un examen physique complets avant de délivrer une méthode contraceptive. Si aucune contre-indication n'est identifiée, la méthode doit être fournie à la cliente qui en a fait la demande. Cependant, il est noté que certains prestataires, les Agents de Santé Communautaires non compris, pourraient fixer pour les clientes des critères d'éligibilité à l'accès à la contraception ; critères basés sur l'âge, la parité, le statut matrimonial et le consentement du conjoint.

Graphique 12
Critères d'éligibilité pour obtenir la contraception



Source: Interview Personnel, A S Sénégal, 1998, n=718

2.3.1. l'âge

Une restriction sur l'âge a été signalée par 32 % des prestataires de services en moyenne. Cette restriction s'avère plus systématique au niveau de l'offre de la pilule. Par contre, la LT et le Norplant sont les méthodes pour lesquelles les prestataires de services sont moins exigeants.

L'âge minimum moyen requis par les prestataires avant d'offrir la pilule est de 16 ans. C'est ce même âge qui est requis pour l'accès au préservatif ou aux spermicides. L'âge minimum

moyen requis serait plus élevé pour les autres méthodes ; en effet, il serait de 20 ans pour le DIU, 21 ans pour les injectables, 22 ans pour le Norplant et 34 ans pour la LT.

2.3.2. *la parité*

Un nombre minimum d'enfants est requis par certains prestataires avant d'offrir la méthode contraceptive (21 % des prestataires interviewés en moyenne). C'est notamment au niveau du DIU que cette limite est plus importante suivi des spermicides, de la pilule, du Norplant , des injectables, de la LT et du préservatif.

Le nombre minimum moyen requis par les prestataires varie selon les méthodes. Il est de 1 enfant pour la pilule, 2 pour le DIU, l'injectable et le Norplant, 3 pour le spermicide et le préservatif et 4 pour la LT.

2.3.3. *le statut matrimonial*

Les pourcentages de prestataires qui considèrent le statut matrimonial comme un critère d'éligibilité sont relativement faibles : 32 % pour le DIU, 26 % pour le Norplant, 20 % pour les injectables, 13 % pour les spermicides, 11 % pour la pilule et 9 % pour les préservatifs. Pour ce qui est de la LT, 72 % des prestataires affirment ne pas la prescrire à une femme célibataire.

2.3.4. *le consentement du conjoint*

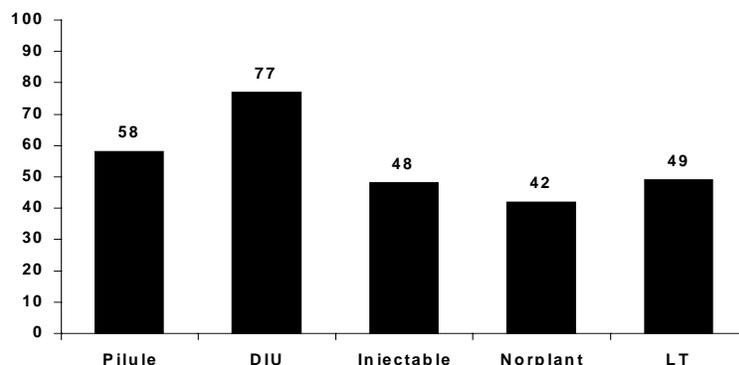
Hormis la LT, le consentement du conjoint est exigé par peu de prestataires : 27 % pour le préservatif, 22 % pour le DIU et les injectables, 20 % pour le Norplant et la pilule et le DIU, 19 % pour le spermicide. Pour la LT, le consentement du conjoint est exigé dans une plus grande proportion (77 %).

2.3.5. *les bilans para-cliniques préliminaires*

Conformément aux normes des services de PF en vigueur au Sénégal, la méthode contraceptive doit être fournie à la cliente qui la sollicite si aucune contre-indication n'est signalée après l'interrogatoire et l'examen physique.

Des interviews accordées par le personnel, il ressort qu'un peu plus du quart des prestataires (29 %) prescrivent un bilan para-clinique préliminaire. 77 % l'exigent pour le DIU, 58 % pour la pilule, 49 % pour la LT, 48 % pour les injectables et 42 % pour le Norplant.

Graphique 13
Pourcentage de prestataires qui exigent des examens de
Laboratoire systématiquement avant la prescription de
certaines méthodes



2.4. Opinions des prestataires sur les méthodes contraceptives

Parmi les prestataires interviewés, 20 % déclarent qu'ils ne recommanderaient jamais certaines méthodes quel que soit le cas. Il s'agit de la LT pour 49 % de ces prestataires, de la vasectomie (22 %), des injectables (16 %), du Norplant (10 %), de la PF naturelle (7 %), des spermicides (5 %) du DIU (3 %) et de la pilule (1 %). Il a été noté que 92 % des prestataires ne recommandent pas certaines méthodes aux clientes avec des ITG/MST. Ces méthodes sont le DIU (96 %), le spermicide (9 %), la pilule (6 %), les injectables (5 %), la LT (4 %) et le Norplant (3 %), le préservatif et la PF naturelle (2 %), la vasectomie et la MAMA (1 %).

C'est un effectif de 162 prestataires qui pensent que les injectables peuvent causer une infécondité ou une stérilité permanente : 76 sage-femmes d'Etat, 40 infirmiers d'Etat, 21 agents sanitaires, 13 aide-infirmiers, 9 médecins et 3 infirmiers décisionnaires.

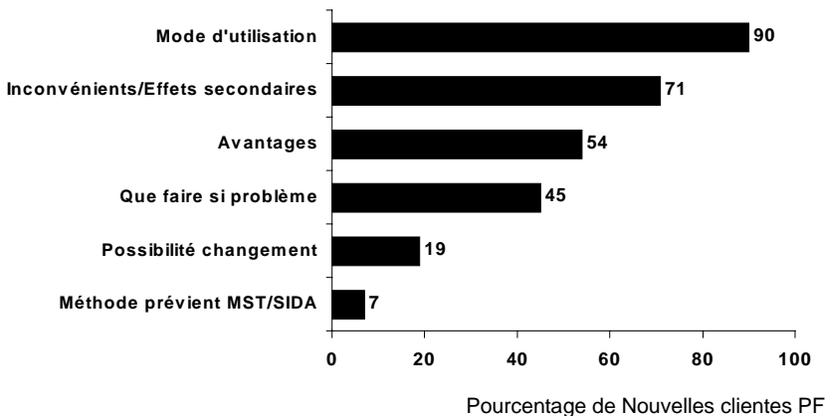
3. Informations échangées

3.1. Avec les clientes PF

Les normes en vigueur dans les services de PF exigent que la nouvelle acceptrice d'une nouvelle méthode de contraception reçoive un counselling adéquat. Ce dernier porte sur 6 éléments : le mode d'utilisation, les avantages, les inconvénients et effets secondaires, que faire en cas de problème, les possibilités de changement et la capacité de la méthode à prévenir les MST/SIDA.

Les données collectées attestent que toutes ces informations ne sont pas toujours données aux clientes. Si 158 nouvelles clientes ont été entretenues du mode d'utilisation de la méthode acceptée, c'est avec une proportion moindre qu'on a discuté des inconvénients / effets secondaires (125 clientes), des avantages de la méthode (95 clientes), de l'attitude à prendre en cas de problème avec la méthode (79 clientes), les possibilités de changement (33 clientes) et la capacité de la méthode à prévenir les MST/SIDA (12 clientes).

Graphique 14
Informations données aux nouvelles clientes PF sur la méthode acceptée



Source: Observation PF, n=176, 1998

Seule 1 cliente a reçu un counselling adéquat dans un centre de référence et 16 clientes n'ont reçu aucune information. Ces dernières relèvent de postes de santé (10), de PMI (2), de centre de santé, hospital, clinique ASBEF et maternité rurale (respectivement 1 cliente).

Dans les informations échangées entre les prestataires et les clientes PF, il est de rigueur que le prestataire mentionne explicitement que seul le préservatif protège contre les MST/VIH-

SIDA. Les données collectées attestent pourtant que seules 31 nouvelles clientes PF (sur 265) ont joui de cette opportunité. Elles relèvent de tous les types de structures.

C'est avec 14 anciennes clientes PF seulement (sur 774) que les prestataires ont mentionné que le préservatif protégeait contre les MST/SIDA ; 4 d'entre elles ont reçu cette information dans un centre de référence et un centre de santé respectivement, 2 dans un poste de santé et une clinique ASBEF respectivement et 1 dans un hôpital et une PMI respectivement.

Enfin on notera que sur 80 clientes qui présentaient des Symptômes de MST, 69 ont été informées de cette situation par les prestataires.

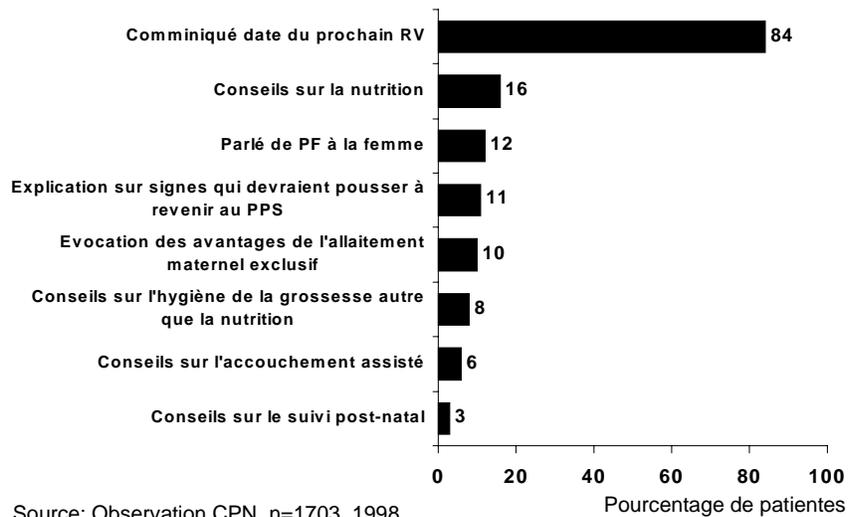
3.2. Informations échangées avec la cliente SMI

Les informations et les conseils donnés représentent un des éléments de la qualité des soins dont doivent jouir les clientes. Cet élément est, ici, évalué par les questions spontanément abordées par le prestataire lors de la consultation.

3.2.1. Soins prénatals

L'analyse des observations montre que, d'une manière générale, les clientes CPN reçoivent peu de conseils ou informations de la part des prestataires. Les conseils ont surtout porté sur la nutrition, la PF, les signes qui devraient pousser à revenir au PPS, les avantages de l'allaitement maternel exclusif, l'accouchement assisté et le suivi post-natal. Les prestataires mettent un accent particulier sur le suivi car l'observation montre qu'avec 84 % des clientes la date du prochain rendez-vous a été communiquée.

Graphique 15
IEC de la patiente venue pour des soins prénatals



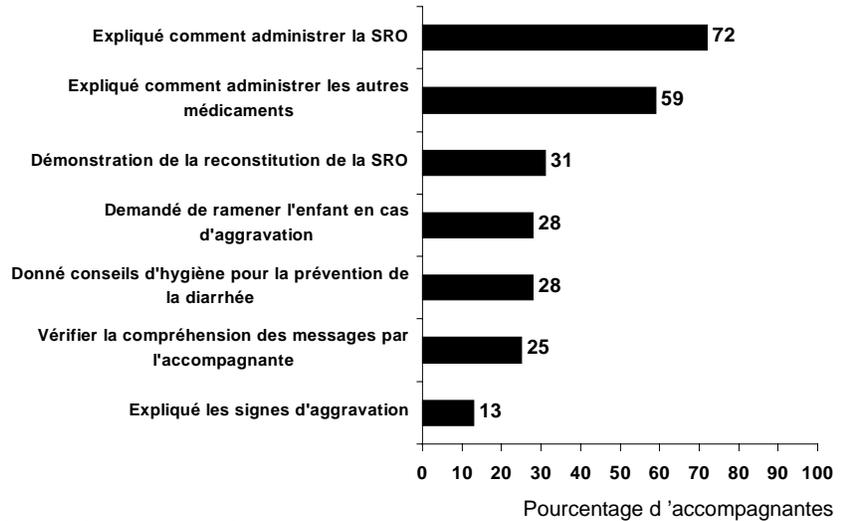
3.2.2. Sur la LMD

L'analyse des observations relatives à la consultation des enfants souffrant de maladies diarrhéiques révèle que les prestataires mettent un accent particulier sur le mode d'administration de la SRO et des autres médicaments. En effet, il a été expliqué, respectivement à 72 % et 59 % des accompagnantes comment administrer la SRO et les autres médicaments. Les autres aspects abordés par les prestataires sont la démonstration de la reconstitution de la SRO (31 %), les conseils d'hygiène pour la prévention de la diarrhée et la nécessité de ramener l'enfant au PPS en cas d'aggravation (28 %). Les prestataires ont, par ailleurs, posé des questions à 25 % des accompagnantes pour vérifier la compréhension de

leur message par ces dernières. Enfin, c'est seulement dans 13 % des cas que le prestataire a expliqué à l'accompagnante les signes d'aggravation de la maladie.

Il résulte des données que des efforts de sensibilisation doivent être consentis auprès des prestataires pour que le paquet minimum d'informations à fournir soit accessible à toutes les clientes CPN et à toutes les accompagnantes des enfants souffrant de maladies diarrhéiques.

Graphique 16
IEC de l'accompagnante de l'enfant diarrhéique



Source: Observation LMD, n=280, 1998

4. *Compétence technique des prestataires*

La compétence technique des prestataires est évaluée à partir des données de l'observation de l'interaction prestataire-cliente et de l'entretien avec les prestataires. Elle porte sur la mise en application des protocoles et standards.

4.1. *Procédures jugées nécessaires par les prestataires des services de PF*

4.1.1. *procédures préalables à l'offre de la contraception*

Pour les clientes qui se présentent la première fois pour la pilule, l'examen physique, la prise de la tension artérielle, le counselling général sur les méthodes est presque systématique (respectivement 84 %, 80 % et 82 % des cas). La méthode est fournie aux clientes éligibles dans 83 % des cas. D'autres procédures sont jugées nécessaires par les prestataires. Il s'agit de la prise du poids (79 %), de l'interrogatoire sur les antécédents en matière de reproduction (71 %), du counselling sur la méthode (67 %), de la recherche de contre-indications (49 %) et de l'interrogatoire sur les antécédents en matière d'ITG/MST (14 %). La précision du Rendez-Vous pour la première visite de suivi est jugé nécessaire par 67 % des prestataires interviewés.

Pour le DIU, les mêmes procédures sont jugées nécessaires par les prestataires. Ils leur accordent, par ailleurs, la même importance que lors de l'offre de la pilule.

Comme pour la pilule et le DIU, l'examen physique est la procédure jugée la plus nécessaire lors de la première visite pour l'offre des injectables (83 %). Viennent ensuite l'offre de la méthode si la cliente est éligible (82 %), le counselling général sur les méthodes (81 %), la prise de la tension artérielle (80 %), la prise du poids (79 %), l'interrogatoire sur les antécédents en matière de reproduction (70 %), le Rendez-Vous pour la première visite de suivi (67 %), le counselling sur la méthode spécifique (66 %), la recherche de contre-indications (48 %) et l'interrogatoire sur les antécédents en matière d'ITG/MST (15 %).

Parmi les procédures jugées nécessaires lors de la première visite pour l'offre du Norplant, le counselling général sur les méthodes est la plus citée par les prestataires (84 %). Suivent l'examen physique (80 %), la prise de la tension artérielle (69 %), la prise du poids (68 %), l'interrogatoire sur les antécédents en matière de reproduction (67 %), le counselling sur la méthode (65 %), la fourniture de la méthode si la cliente est éligible (61 %). Les procédures les moins citées sont le Rendez-Vous pour la première visite de suivi (46 %), la recherche de contre-indications (44 %) et l'interrogatoire sur les antécédents en matière d'ITG/MST.

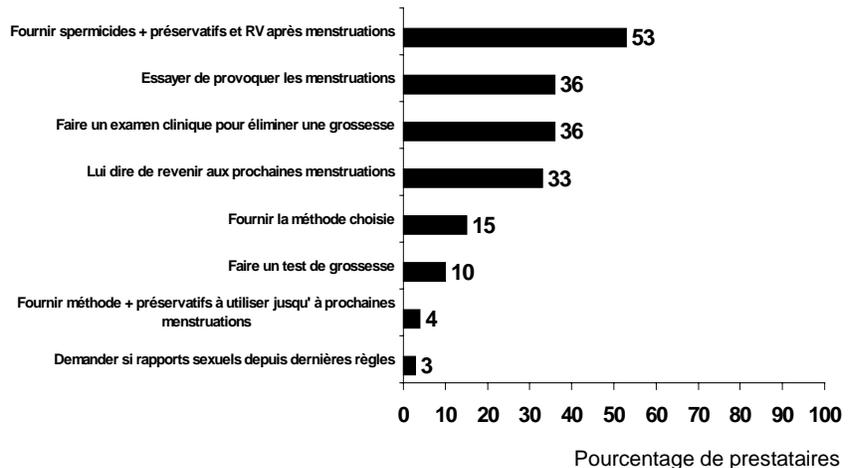
De même le counselling général sur les méthodes et l'examen physique sont les deux procédures nécessaires les plus citées par les prestataires pour l'offre de la LT (respectivement 68 % et 63 %). Viennent ensuite l'interrogatoire sur les antécédents en matière de reproduction (59 %), la prise de la tension artérielle (57 %), la prise du poids (55 %), le counselling sur la méthode (49 %), la fourniture de la méthode si la cliente est éligible (40 %), la recherche de contre-indications (36 %), le Rendez-Vous pour la première visite de suivi (27 %) et l'interrogatoire sur les antécédents en matière d'ITG/MST (19 %).

A la question de savoir s'ils se sont référés aux protocoles durant le mois de l'enquête, 60 % des prestataires ont répondu par l'affirmative. Ils sont 67 % à s'être référés aux protocoles au cours des 3 derniers mois ayant précédé l'enquête.

Il est à noter que 109 prestataires ont déclaré qu'il y a certains aspects des nouveaux protocoles qu'ils n'aiment pas. Ils sont de Dakar (38), de Thiès (15), de Saint-Louis (2), de Kaolack (12), de Fatick (12), de Ziguinchor (5), de Kolda (6), de Tambacounda (2), de Louga (14) et de Diourbel (3).

Face à une nouvelle cliente qui veut une méthode mais n'a pas ses menstruations, l'attitude la plus fréquente des prestataires consiste à fournir des spermicides et des préservatifs à la cliente et à lui demander de revenir quand elle aura ses menstruations. Les autres procédures entreprises consistent à essayer de provoquer les menstruations, à faire un examen clinique pour éliminer une grossesse ou à lui dire de revenir aux prochaines menstruations.

Graphique 17
Attitudes des prestataires face à une nouvelle cliente qui veut une méthode mais n'a pas ses menstruations



Source: Interview Personnel, n=598, 1998

Des proportions minimales de prestataires adoptent d'autres attitudes telles que fournir la méthode choisie, faire un test de grossesse, fournir la méthode choisie et lui demander d'utiliser les préservatifs jusqu'aux prochaines menstruations et aussi demander si elle a eu des rapports sexuels depuis ses dernières menstruations.

4.1.2.

procédures médicales accomplies durant l'examen pelvien

L'étude révèle que les conditions d'aseptie ne sont pas rigoureusement observées par les prestataires au cours des examens pelviens. Il est révélé, notamment, que peu de prestataires se sont lavés les mains avant l'examen même si, par ailleurs, ils ont, dans la quasi-totalité des cas, porté des gants ou doigts durant l'examen.

C'est également dans la quasi-totalité des examens pelviens que les prestataires ont fait un toucher vaginal ;

et au cours de 6 examens sur 10, ils ont fait usage du spéculum. Par contre, un intérêt plus accru doit être porté à la décontamination du matériel.

Le counselling est, ici, loin d'être adéquat, les prestataires n'ayant informé les clientes de la procédure que dans 28 % des cas ; c'est aussi dans 30 % des cas seulement qu'ils ont informé les clientes des résultats après l'examen.

4.1.3.

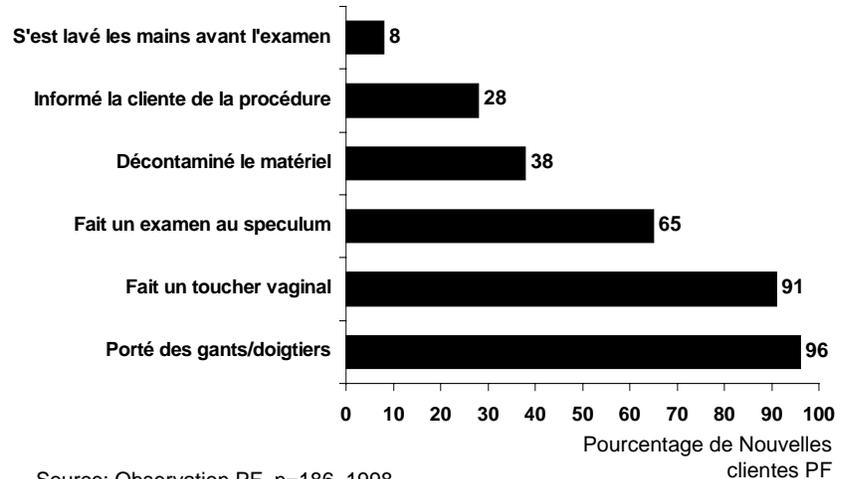
prise en charge des effets secondaires

Parmi les 774 anciennes clientes PF, 244 sont revenues au PPS suite à des problèmes avec leur méthode. Le principal problème qu'elles avancent est celui des effets secondaires (62 %). Pour 4 % la méthode est non disponible ou difficile à obtenir et pour 1 % le mari n'aime pas ; 33 % évoquent d'autres problèmes.

L'attitude la plus fréquente des prestataires face à une cliente qui a des problèmes avec sa méthode est de discuter du problème avec elle (89 %). D'autres actions sont aussi entreprises : faire un traitement médical (28 %), suggérer à la cliente de changer de méthode (7 %) et référer la cliente pour un traitement (3 %).

On retiendra de ces résultats que la majorité des prestataires confrontés au cas de clientes ayant des problèmes avec leur méthode ont agi conformément aux normes.

Graphique 18
Procédures accomplies lors de l'examen pelvien des nouvelles clientes PF



4.2. Procédures médicales accomplies durant la prestation de services LMD

4.2.1. interrogatoire lors des consultations curatives « Diarrhée »

L'analyse des résultats de l'observation révèle que 91 % des prestataires ont posé la question de savoir si l'enfant faisait la diarrhée 89 % sur la date de début de la diarrhée et 86 % sur la présence ou non de signes associés (toux, vomissements, fièvre).

Quarante-trois pour cent des prestataires se sont enquis de la présence de sang dans les selles et 39 % de savoir si l'enfant buvait normalement.

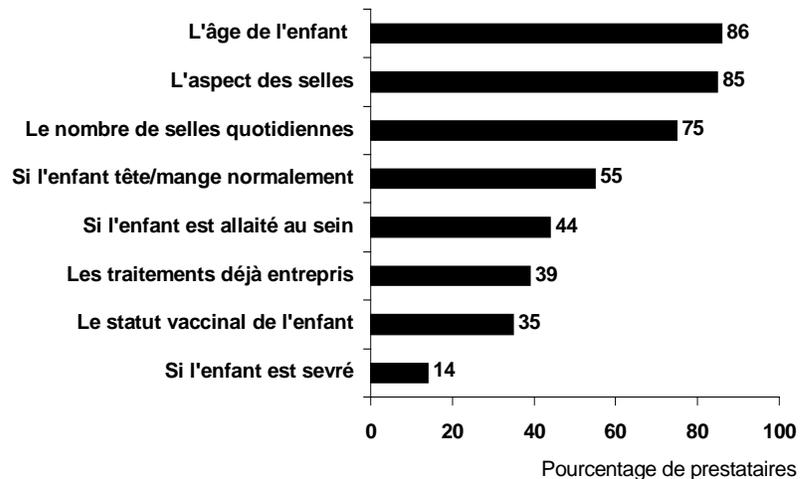
Quant aux questions sur les antécédents médicaux et chirurgicaux de l'enfant, elles sont posées par les prestataires dans moins de 4 % des prestations de services LMD.

Il faut souligner que les questions sur l'alimentation de l'enfant, le traitement reçu à domicile de la part de la mère, le statut vaccinal de l'enfant et les antécédents médicaux et chirurgicaux de l'enfant ont fait l'objet de peu d'investigations.

4.2.2. procédures médicales accomplies durant la consultation curative 'Diarrhée'

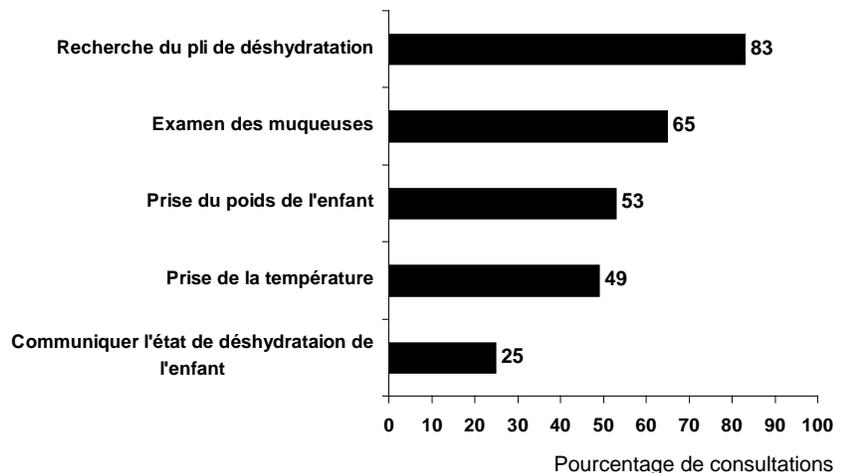
Les pratiques les plus fréquentes au niveau des prestataires sont la recherche du pli cutané (83 %) et l'examen des yeux (67 %). Il est également noté que les prestataires ont examiné les muqueuses (65 %), apprécié l'état général de l'enfant (aphatie, irritabilité, tonus) dans 50 % des cas, pris son poids (53 %) et sa température de l'enfant (49 %). Un certain nombre de prestataires ont eu à calmer l'enfant

Graphique 19
Questions abordées par les prestataires lors des consultations curatives ' Diarrhée '



Source: Observation clientes LMD, n=280, 1998

Graphique 20
Procédures médicales accomplies durant la consultation curative ' Diarrhée '



Source: Observation clientes LMD, n=280, 1998

durant l'examen (36 %), rechercher une dépression de la fontanelle (22 %) et donner à boire à l'enfant (11 %).

On notera une faiblesse au niveau de la communication interpersonnelle puisque le quart des accompagnantes seulement est informé sur l'état de déshydratation de l'enfant.

4.2.3. *traitement des maladies diarrhéiques*

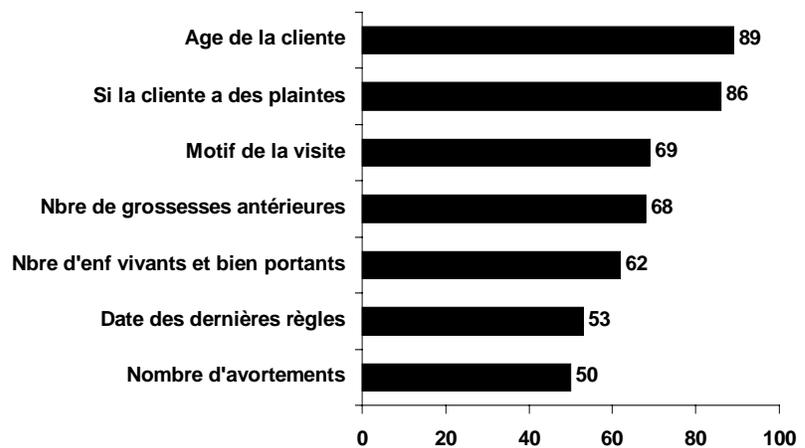
Il ressort de l'analyse des données que la SRO a été prescrite à 77 % des enfants consultés et que la majorité (91 %) se sont vus prescrire en plus d'autres médicaments. Il est noté des prescriptions relatives à un régime alimentaire (36 %), à d'autres traitements non-médicamenteux (17 %) ou la proposition d'un régime à base d'huile, lait et sucre (1,4 %). Le malade est rarement référé à un autre PPS (1 %).

4.3. *Procédures médicales accomplies durant les consultations prénatales*

4.3.1. *questions abordées lors des consultations*

Les informations demandées lors de la première visite des femmes sont celles relatives à leur âge et à d'éventuelles plaintes. Entre autres, les prestataires se sont intéressés au statut matrimonial de la femme (70 %), au motif de la visite (69 %), aux questions relatives au nombre de grossesses antérieures (68 %) et au nombre d'enfants vivants et bien portants (62 %).

Graphique 21
Questions abordées par le prestataire lors de la première consultation prénatale



Source: Observation CPN, n=929, 1998

Pourcentage de clientèles CPN1

On notera aussi que dans la moitié des cas, les prestataires ont accordé un intérêt à la date des dernières règles de la cliente et au nombre d'avortements.

Par contre, l'existence d'un accouchement antérieur dystocique, la notion d'une grossesse à risque (diabète, HTA, cardiopathie...), les allaitements passés et les antécédents médicaux et chirurgicaux de la cliente sont les thèmes les moins abordés par les prestataires lors de la première consultation prénatale des femmes.

4.3.2. *procédures médicales accomplies durant la consultation prénatale*

Les 3 procédures les plus fréquemment accomplies sont l'examen des yeux pour détecter une anémie (95 %), la prise de la tension artérielle (95 %) et la prise du poids (93 %). Les prestataires ont également effectué un toucher vaginal (89 %), la prise de la taille de la cliente

(86 %), la mesure de la hauteur utérine (85 %), l'examen des oedèmes et varices (84 %) et la palpation de l'abdomen (82 %).

Les prestataires ont dans une moindre mesure procédé à l'examen mammaire (66 %) et à l'auscultation de l'abdomen pour détecter les bruits du cœur du fœtus (54 %).

Par ailleurs, des tests sont souvent faits ou demandés par les prestataires. La recherche d'albumine dans les urines a été faite pour 54 % des clientes. Le test d'Emmel et BW a été fait dans 1 cas sur 5. Mais les prestataires n'ont informé la cliente des résultats que dans 11 % des cas.

La cliente a été informée des résultats de l'examen physique dans 31 % des cas. Cette situation atteste d'un niveau de counselling qui reste beaucoup à être améliorée.

4.3.3. *prescriptions faites par les prestataires*

Les principales prescriptions faites par les prestataires sont le fer (93 %) et la chloroquine (94 %). Le vaccin anti-tétanique a été prescrit dans 75 % des cas.

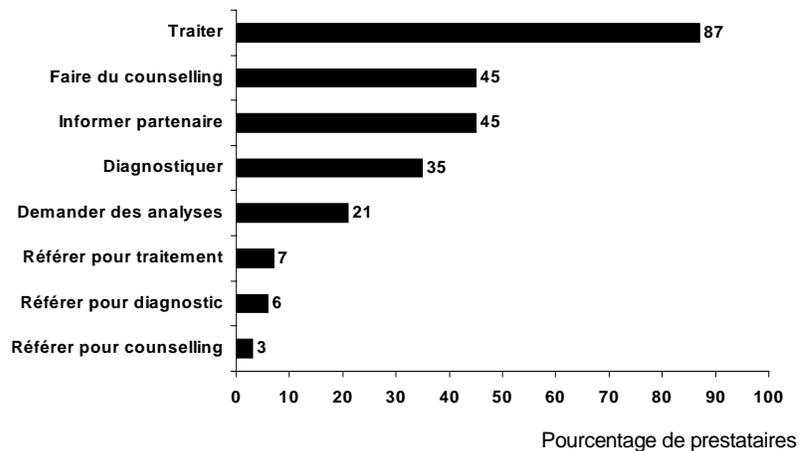
Il ressort de l'analyse que la prise en charge est assez conforme aux protocoles du Ministère de la Santé. Toutefois, le counselling avant et après l'examen mérite d'être plus systématique.

4.4. *Aptitude des prestataires à prendre en charge les services de MST-SIDA*

Les prestataires présents dans les PPS le jour de l'enquête et ayant consenti à participer à l'étude ont été interrogés sur leur attitude face aux client(e)s à risque de MST/VIH/SIDA.

Devant une cliente soupçonnée d'avoir une MST, l'attitude la plus répandue consiste à traiter la maladie. Dans une moindre mesure les prestataires font le counselling, rencontrent ou envoient au partenaire une note d'information. Par contre, référer la cliente pour counselling ou la référer pour diagnostic ou encore demander des analyses sont des attitudes peu adoptées par les prestataires.

Graphique 22
Prise en charge des clientes avec MST



Source: Interview Personnel, n=717, 1998

Il ressort de l'analyse des données récoltées que 66 % des prestataires conseilleraient, à la cliente utilisatrice de pilule qui vient pour une visite de réapprovisionnement ou de contrôle et qui semble avoir un comportement à risque d'infection MST/VIH/SIDA, de continuer

d'utiliser la méthode associée au préservatif. Ils sont 38 % à affirmer qu'ils donneraient, à la cliente, des conseils sur les MST/VIH ou la réfèreraient pour counselling. Une proportion non négligeable de prestataires (10 %) mentionnent que leurs conseils porteraient plutôt sur la substitution du préservatif à la pilule.

Devant une cliente soupçonnée de VIH/SIDA, la moitié des prestataires pensent à la référer pour un test (52 %). Il sont, respectivement, 32 % et 29 % à faire du counselling et à donner des préservatifs à la cliente. Au vu de ces résultats, il s'avère que, même si les prestataires ont une connaissance parfaite du SIDA, la conduite qui consiste à prévenir la contamination d'autres personnes par la proposition de préservatifs est peu appliquée.

5. Mécanisme pour encourager la continuité

L'ensemble des procédures mises en œuvre pour encourager la continuité de l'utilisation des services a été évalué sur la base de la quantité de contraceptifs fournie et l'information sur la date et le lieu du Rendez-Vous.

Les données de l'étude montrent que 86 % des prestataires fournissent habituellement 3 plaquettes de pilule ou plus à une cliente qui utilise avec succès la méthode depuis un an ou plus contre 14 % qui lui fournissent 1 à 2 plaquettes. Par ailleurs 87 % des prestataires ont mentionné à la cliente qu'elle devrait revenir au PPS pour une visite de suivi ou pour un réapprovisionnement pendant la dernière semaine de la dernière plaquette de pilule, 4 % en début de la dernière plaquette de pilule, 4 % au milieu de la dernière plaquette de pilule et 5 % d'entre eux ont avancé d'autres réponses.

On notera également que 94 % des nouvelles clientes de PF ont reçu l'information relative à leur prochain rendez-vous pour un suivi ou pour un nouvel approvisionnement quel que soit le type de structure où elles ont reçu le service.

Retenons enfin que 78 % des clientes PF ont obtenu, le jour de la visite, la méthode qu'elles avaient décidé d'utiliser. Le lieu indiqué pour le prochain approvisionnement est le même PPS (98 %) ou un autre PPS (2 %).

6. Organisation des services SMI/PF

L'intégration des services dans les structures sanitaires publiques demeure un des objectifs du Ministère de la Santé. Cette intégration doit se traduire par la disponibilité, au sein de la même structure de santé, du paquet minimum de services et le fait d'aborder les autres composantes de la SR.

Le paquet d'activités ciblées comprend les consultations prénatales et postnatales, la vaccination, la LMD, la récupération nutritionnelle, la surveillance nutritionnelle, les soins post-abortum, l'accouchement et la planification familiale. Tous ces services sont habituellement disponibles dans 41 % des PPS visités.

L'observation de l'interaction prestataires-clientes PF révèle que pendant la consultation PF les autres problèmes de santé sont rarement discutés. Avec les nouvelles clientes, les autres problèmes qui sont les plus fréquemment discutés sont ceux relatifs aux autres MST (7 %) et à l'allaitement maternel (6 %).

On notera, enfin, que 5 % seulement des clientes PF ont reçu d'autres soins. Il s'agit de la vaccination des enfants, de la LMD/RVO (11 %), de la surveillance pondérale (6 %), des soins post-nataux et des MST (4 %). La PF a été mentionnée à 12 % des clientes venues pour consultations prénatales.

D. Questions spéciales

1. Avortement

Il a été demandé aux femmes s'il leur est jamais arrivé de tomber enceinte dans le passé alors qu'elles n'y étaient pas préparées et ce qu'elles ont fait.

Quatre-cent-cinquante-deux (452) clientes PF ont dit qu'elles ont eu une grossesse non désirée. Parmi celles-ci, 93 % ont gardé la grossesse, 2 % ont provoqué un avortement et 1 % ont gardé la grossesse après avoir tenté de l'interrompre sans succès ; 4 % ont avancé d'autres réponses.

Les taux de grossesse non désirée sont sensiblement les mêmes au niveau des nouvelles et des anciennes clientes PF ; il est, respectivement, de 46 % et 45 %. Mais le taux d'avortement provoqué est significativement plus important chez les anciennes clientes que chez les nouvelles ; il est, respectivement, de 2,4 % et 1,7 %.

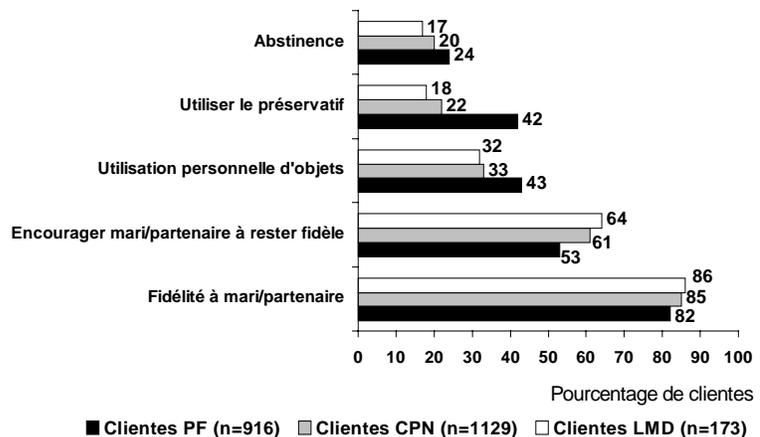
Au niveau des clientes venues au PPS pour une consultation prénatale, c'est un effectif de 446 parmi les 1703 interrogées qui ont déclaré avoir eu, dans le passé, une grossesse non désirée ; 94 % de celles-ci ont gardé la grossesse, 1 % ont tenté et réussi à l'interrompre, 2 % ont tenté de l'interrompre sans succès et ont donné naissance et 3 % ont donné d'autres réponses.

Par ailleurs, 52 % des prestataires interviewés affirment avoir vu ou eu à prendre en charge des complications d'avortement. Une proportion non négligeable de prestataires (38 %) soutiennent également que certaines femmes viennent se faire soigner dans leur service suite à un avortement provoqué.

2. SIDA

A la question '*avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du SIDA ?*', c'est 98 % des clientes PF et 91 % des clientes SMI qui ont répondu par l'affirmative ; c'est également la quasi-totalité des clientes qui déclarent connaître des moyens de protection. Le moyen le plus cité par les clientes, tous types confondus, est la fidélité à son époux/ partenaire. L'utilisation des préservatifs et l'abstinence sont moins citées.

Graphique 23
Moyens de protection contre les MST et VIH-SIDA
cités par les clientes SMI/PF



Source: Interview Clientés PF, CPN et LMD, 1998.

Deuxième partie

**CHANGEMENTS DANS LA
QUALITE DES SERVICES
1994, 1997 et 1998**

A. Les résultats de l'EAS de 1998 à la lumière de ceux de 1994

1. Approche méthodologique

L'Etude d'Analyse Situationnelle de 1994 avait couvert les PPS de PF des dix régions du Sénégal. L'étude de 1998 s'est étendue aux PPS de SR fonctionnels dans les quatre régions d'intervention du PSE/PF¹ et ceux visités en 1994 dans les autres six régions du Sénégal. Dans la perspective comparative qui est, ici, envisagée, une certaine approche méthodologique a été adoptée :

- ne sont inclus dans les analyses que les PPS qui ont été visités en 1994 et en 1998, soit 140 PPS ;
- les prestataires inclus dans les analyses sont ceux présents le jour de la visite dans ces PPS;
- les clientes PF incluses dans les analyses sont celles qui ont été interviewées dans l'enceinte de ces PPS.

Répartition de l'échantillon

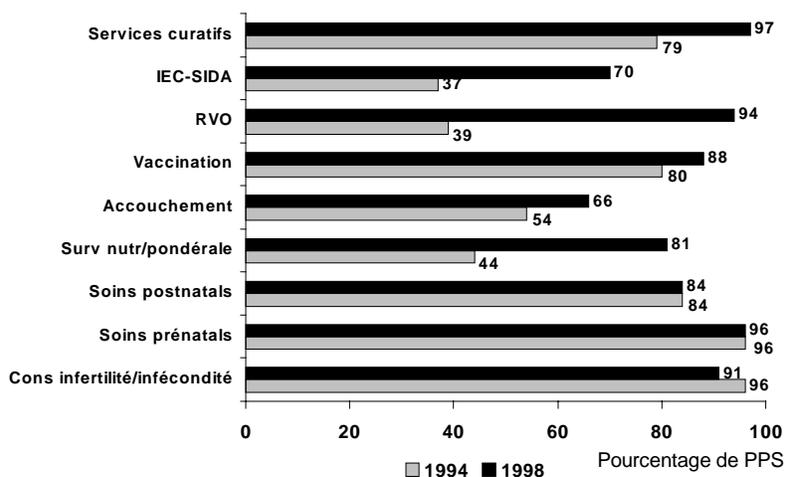
Régions	Districts	Nombre de PPS
Dakar	8	55
Thiès	8	17
St-Louis	5	18
Kaolack	4	12
Fatick	6	10
Ziguinchor	1	3
Kolda	2	7
Tambacounda	4	5
Louga	4	6
Diourbel	4	7
Ensemble	46	140

2. Comparaison des résultats sur la capacité fonctionnelle

2.1. Services offerts dans les PPS

D'une manière générale, on constate une amélioration certaine dans l'offre des services. Certains services étaient caractérisés par un niveau d'offre relativement bas en 1994. En effet, l'IEC-SIDA, la RVO, la vaccination nutritionnelle et pondérale étaient offerts par moins de 50 % des PPS. Les données de 1998 révèlent que des acquis significatifs sont enregistrés dans l'offre des services. Les soins curatifs existent dans 97 % des PPS et les autres services sont

Graphique 24
Services offerts dans les PPS



Source: Inventaire, n=140, 1994 et 1998

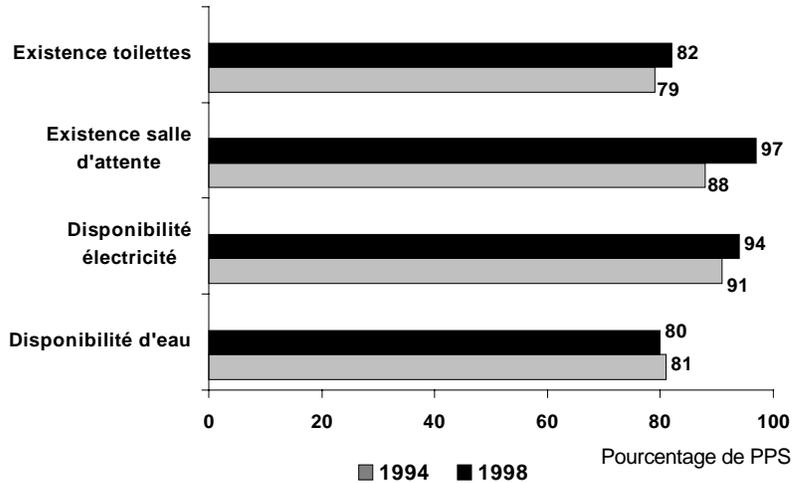
¹ Ces régions sont : Kaolack, Fatick, Louga et Ziguinchor.

offerts dans plus de 80 % des PPS. L'IEC-SIDA est disponible dans 70 % des PPS alors qu'il l'était seulement dans 37 % des PPS en 1994. Les soins postnatals et prénatals et la consultation infertilité/infécondité ont un niveau d'accessibilité satisfaisant.

2.2. L'infrastructure

En 1994 l'infrastructure des PPS, était estimée assez satisfaisante du point de vue disponibilité et fonctionnalité. L'EAS de 1998 montre une amélioration aussi bien au niveau de l'existence de toilettes/latrines fonctionnelles, des salles d'attente qu'au niveau de la disponibilité de l'électricité. Toutefois, la disponibilité de l'eau courante mérite une attention particulière. Signalée en 1994 comme une faiblesse de l'infrastructure, elle n'a connu aucune amélioration. Cette situation est toujours plus marquée en milieu rural.

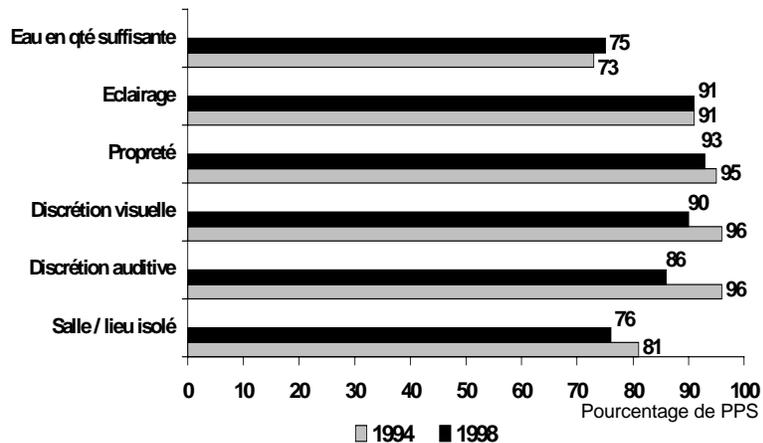
Graphique 25
Caractéristiques des infrastructures des PPS



Source: Inventaire, n=140, 1994 et 1998

Les salles de consultation demeurent propres et bien éclairées dans la quasi-totalité des PPS. L'intimité de la cliente apparaît aussi comme étant respectée puisque dans la grande majorité des PPS, les consultations se font dans des lieux isolés, à l'abri des regards. La discrétion visuelle et la discrétion auditive durant les consultations ont été estimées moins bonnes en 1998 par les équipes d'enquête. Ces différences

Graphique 26
Caractéristiques des salles de consultation



Source: Inventaire, n=140, 1994 et 1998

dans la perception peuvent être dues à l'élévation des critères d'exigence du personnel médical qui a mené l'enquête, depuis la diffusion des normes et protocoles.

2.3. *Équipement des PPS*

En 1994, la disponibilité du matériel d'équipement au niveau des PPS n'était pas jugée satisfaisante. En effet, le matériel minimum indispensable pour fournir des services de PF manquait dans la plupart des PPS. Les recommandations faites alors pour équiper l'ensemble des PPS du minimum nécessaire ne sont pas demeurées inappliquées. En effet, les données de l'étude de 1998 révèlent que la totalité des PPS dispose de la table gynécologique, de pèse-

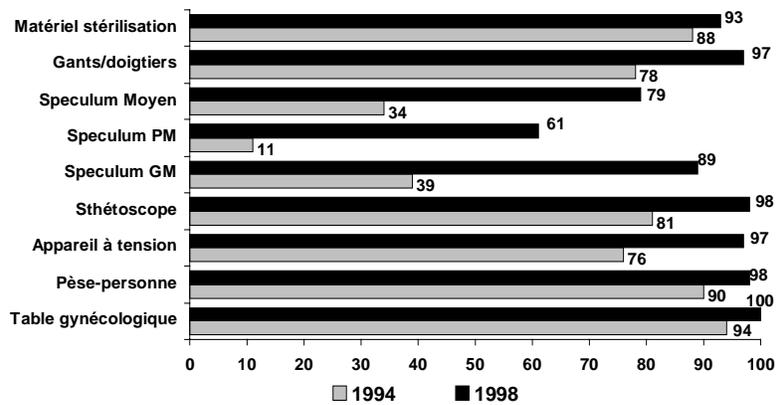
personne et de stéthoscope médical. L'appareil de tension est absent dans 3 % des PPS seulement. Des acquis similaires sont enregistrés au niveau du petit matériel nécessaire aux examens. Les spéculums grands modèles, moyen modèle et petit modèle existent, respectivement, dans 89 %, 79 % et 61 % des PPS en 1998 contre, respectivement, 39 %, 34 % et 11 % des PPS en 1994. Les gants et doigtiers qui manquaient dans 22 % des PPS en 1994 ne sont absents, en 1998, que dans 3 % d'entre eux. Quant au matériel de stérilisation, l'étude de 1994 révélait qu'il n'était pas disponible dans 12 % des PPS concernés et celle de 1998 montre qu'il ne l'est plus que dans 7 % des PPS.

L'étude de 1998 montre que des efforts significatifs ont été consentis dans l'équipement des PPS.

2.4. *Méthodes de PF offertes*

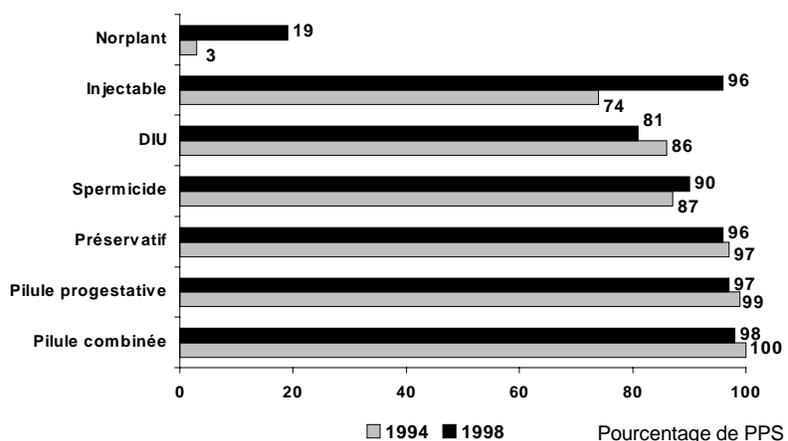
Une gamme variée de contraceptifs est offerte au niveau des PPS, mais tous les PPS n'offrent pas toutes les méthodes. Les contraceptifs de courte durée que sont la pilule combinée, la pilule progestative et le préservatif sont offerts dans la quasi-totalité des PPS même si les niveaux d'offre de 1998 semblent légèrement en deçà de ceux de 1994. Les spermicides ont connu un niveau d'offre supérieur à celui de 1994.

Graphique 27
Pourcentage de PPS disposant de l'équipement minimum nécessaire pour fournir des services de PF



Source: Inventaire A S Sénégal, 1994 et 1998 n=140

Graphique 28
Méthodes de PF offertes dans les PPS



Source: Inventaire, n=140, 1994 et 1998

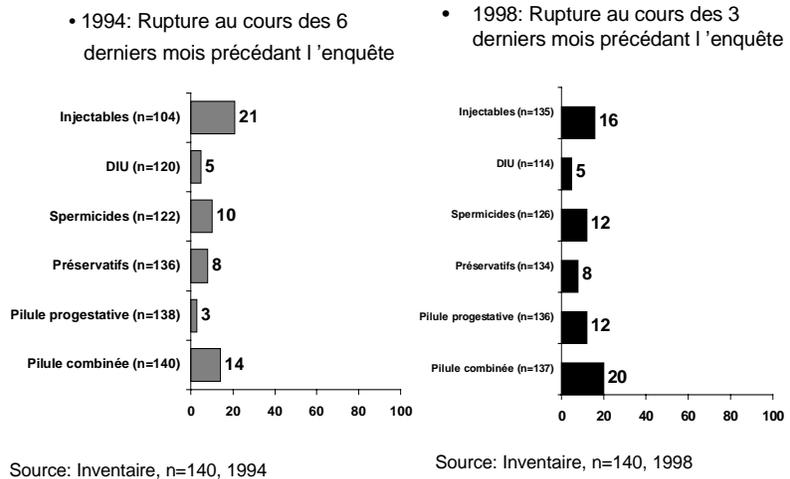
Cependant il faut préciser que les normes ne prévoient pas la disponibilité du DIU et du Norplant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Entre 1994 et 1998, on est passé de 74 % à 96 % des PPS offrant l'injectable. On remarque aussi un accroissement de la disponibilité du Norplant qui est passé de 3 % en 1994 à 19 % en 1998. Cette expansion a été faite au profit des Hôpitaux et des Centres de santé.

Le système de stockage des SRO a connu une amélioration certaine. Ils sont stockés de manière appropriée – c'est-à-dire à l'abri des intempéries (soleil, pluie, ...) - dans 89 % des cas contre 78 % en 1994 et selon la date de péremption dans 86 % des cas comparé à 55 % quatre ans auparavant.

Néanmoins en 1998, les ruptures de stocks ont affecté aussi la plupart des produits. Les pilules, les spermicides et les injectables s'avèrent des produits pour lesquels les PPS souffrent souvent de rupture de stock.

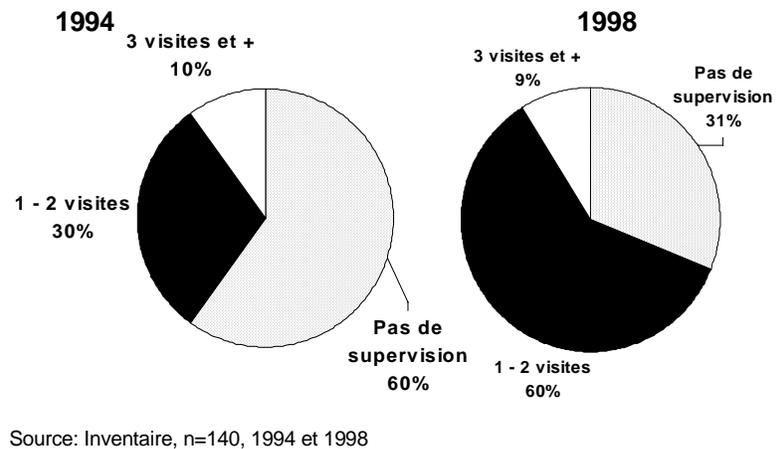
Graphique 29
Pourcentage de PPS ayant connu des ruptures de stock selon les méthodes



2.5. Supervision

Après l'étude de 1994, il était recommandé d'élaborer un guide de supervision et d'établir une supervision trimestrielle régulière pour l'ensemble des PPS. Les données de l'étude révélaient, en effet, que la supervision était quasi-inexistante. Quatre ans après, le résultat est assez satisfaisant : 60 % des PPS ont reçu une à deux visites de supervision durant les 6 derniers mois ayant précédé l'enquête comparé à 30 % en 1994. Néanmoins 31 %

Graphique 30
Nombre de supervisions durant les 6 derniers mois ayant précédé l'enquête

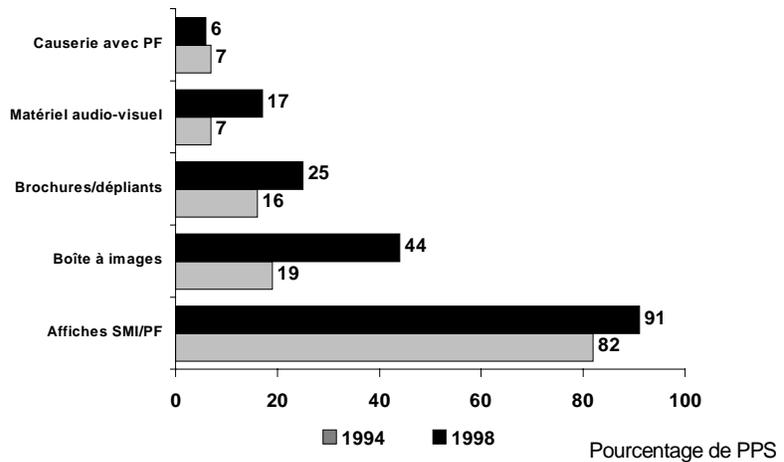


n'ont encore reçu aucune visite de supervision.

2.6. Activités et matériel IEC

Entre autres activités d'IEC, les causeries sont d'une grande importance dans le succès des programmes de PF. Toutefois, il s'avère qu'elles ne sont pas systématiques au niveau de tous les PPS. Ce constat a été fait aussi bien en 1994 qu'en 1998. Les causeries sur la PF sont presque inexistantes aussi bien en 1994 qu'en 1998. Par contre, la dotation des PPS en matériel d'IEC (affiches, boîtes à image, brochures/dépliants et matériel audio-visuel) a connu des améliorations significatives.

Graphique 31
Matériel d'IEC disponible et activités IEC dans les PPS

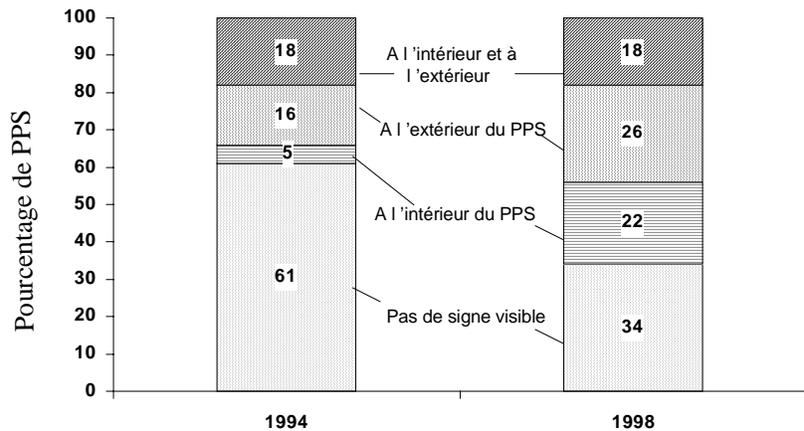


Source: Inventaire, n=140, 1994 et 1998

Des efforts doivent encore être consentis dans ce domaine.

Une amélioration similaire est constatée au niveau de la disponibilité des signes/panneaux indiquant les services au niveau des PPS. Ceux-ci constituent, également, des éléments importants dans la stratégie de vulgarisation des services et produits que les PPS mettent à la disposition des populations. Les données révèlent que si, il y a quatre ans, 61 % des PPS ne disposaient d'aucun signe visible annonçant les services qu'ils offraient, il n'en reste, cette année, que 34 % qui font état d'un tel manque. Relativement à l'existence des panneaux dans l'environnement des PPS, le graphique ci-contre montre les améliorations significatives qui ont été enregistrées au cours des quatre dernières années.

Graphique 32
Signes indiquant services de PF



Source: Inventaire, n=140, 1994 et 1998

2.7. Nombre et type de personnel

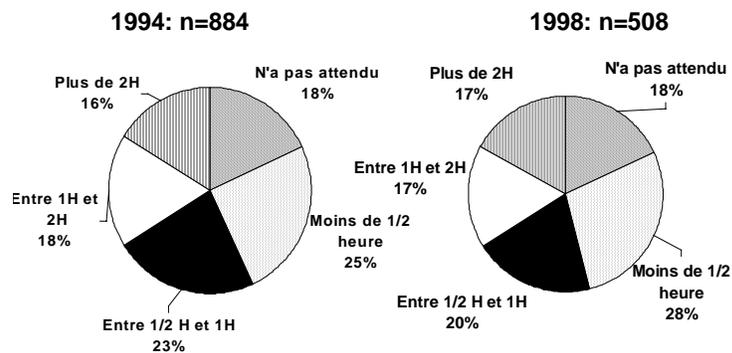
De 1994 à nos jours, les PPS sur lesquels porte l'analyse ont connu une importante augmentation de leur effectif. Les données révèlent que le nombre d'agents de santé communautaire a été multiplié par 18, passant d'un effectif de 37 en 1994 à un effectif de 672 en 1998. Les effectifs des agents sanitaires et des infirmiers (ères) d'Etat ont également connu une hausse très significative passant, respectivement, de 23 à 388 et de 14 à 151. Les sage-femmes et les médecins constituent les catégories socio-professionnelles qui ont enregistré les plus faibles accroissements passant respectivement de 155 à 329 et de 1 médecin en 1994 à 79 médecins en 1998. On notera, cependant, qu'en 1994 les médecins n'étaient pratiquement pas impliqués dans la prestation de services de PF et ils avaient tendance à ne pas être comptabilisés. En outre, les agents de santé communautaire sont davantage pris en compte dans l'interview des prestataires. Précisons que l'étude de 1998 a touché plus de personnel que celle de 1994 en raison de la considération d'autres volets de la SR.

3. Comparaison des résultats sur la qualité des services

3.1. Temps d'attente des clientes

Les données de l'étude de 1998 révèlent une certaine constance dans la perception du temps d'attente par les clientes. Aussi bien en 1994 qu'en 1998, 34 % des clientes ont déclaré avoir attendu, en moyenne, plus d'une heure pour recevoir les services.

Graphique 33
Temps attendu avant d'être consultée

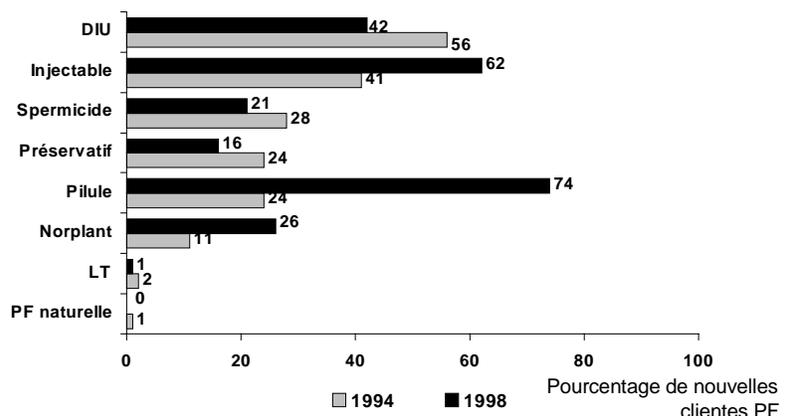


Source: Interview cliente PF

3.2. Méthodes discutées durant la consultation

Les données de 1998 font apparaître que, d'une manière générale, les prestataires continuent à mentionner davantage certaines méthodes de contraception que d'autres lors de la consultation de nouvelles clientes PF. Parmi les méthodes les plus souvent mentionnées, la pilule et l'injectable figurent en bonne place (74 % et 62 % respectivement) alors qu'en 1994 seul le DIU atteignait 50 %. Les nouvelles clientes

Graphique 34
Méthodes mentionnées par le prestataire durant la consultation de nouvelles clientes PF



Source: Observations PF, 1994 (n=170) et 1998 (n=126)

PF de 1998 sont informées sur une gamme de méthodes plus variée que les clientes de 1994 pour leur choix. En effet, le nombre moyen de méthodes de contraception mentionnées en 1998 est le double de celui de 1994 (respectivement 2 et 1 méthode). On notera toutefois que le nombre de méthodes contraceptives mentionnées lors de la consultation de nouvelles clientes PF est encore faible.

3.3. Méthodes de PF choisies par les nouvelles acceptrices

En 1994, plus de la moitié des nouvelles acceptrices reçues dans les 140 PPS préféraient la pilule. Les autres préférences allaient aux injectables, au DIU, au Norplant, aux spermicides et à la LT. Les données de 1998, quant à elles, traduisent une évolution du choix des nouvelles acceptrices en matière de contraception. En effet, elles sont seulement près du tiers à avoir choisi la pilule ; le choix du DIU a connu une régression significative. Par

contre, ce sont les injectables qui ont enregistré une demande importante de la part des clientes. D'autres méthodes ont enregistré des hausses quoique moins importantes quant à la demande des clientes. Il s'agit du préservatif, des spermicides et du Norplant.

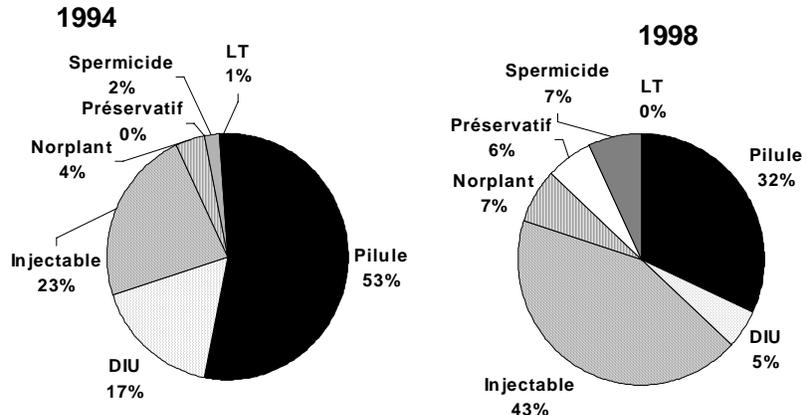
En 1994, seules 18 % des clientes ont obtenu leur méthode, le jour de la visite. C'est par contre 78 % d'entre elles qui ont bénéficié de cette opportunité en 1998. Parmi celles qui n'ont pas obtenu leur méthode, 39 % ont reçu une méthode alternative en 1998 comparé à 29 % en 1994.

3.4. Restrictions non-médicales sur les méthodes contraceptives

Un certain nombre de prestataires imposent encore des barrières non-médicales sur l'offre des méthodes contraceptives. L'analyse comparative des données de 1994 et 1998 permet difficilement de déceler une tendance significative dans le sens de la baisse ou de la hausse.

Du tableau 4, il ressort une baisse constatée au niveau de

Graphique 35
Méthodes de PF choisies par les nouvelles acceptrices



Source: Interviews clientes PF, 1994 (n=163) et 1998 (n=83)

Tableau 4
Critères d'éligibilité

	Age médian minimum		Nbre d'enf. médian min.	
	94	98	94	98
Pilule	17 (n=220)	15 (n=209)	1 (n=87)	1 (n=114)
Préservatif	16 (n=21)	15 (n=101)	1 (n=3)	3 (n=21)
Spermicide	16 (n=14)	15 (n=105)	1 (n=4)	2 (n=26)
DIU	20 (n=32)	18 (n=142)	1 (n=154)	1 (n=142)
Injectable	25 (n=124)	20 (n=207)	3 (n=83)	3 (n=183)
Norplant	20 (n=22)	20 (n=52)	3 (n=12)	2 (n=42)
LT	35 (n=44)	35 (n=64)	6 (n=49)	5 (n=74)

Source: Interviews Prestataires, 1994 (n=288) et 1998 (n=429)

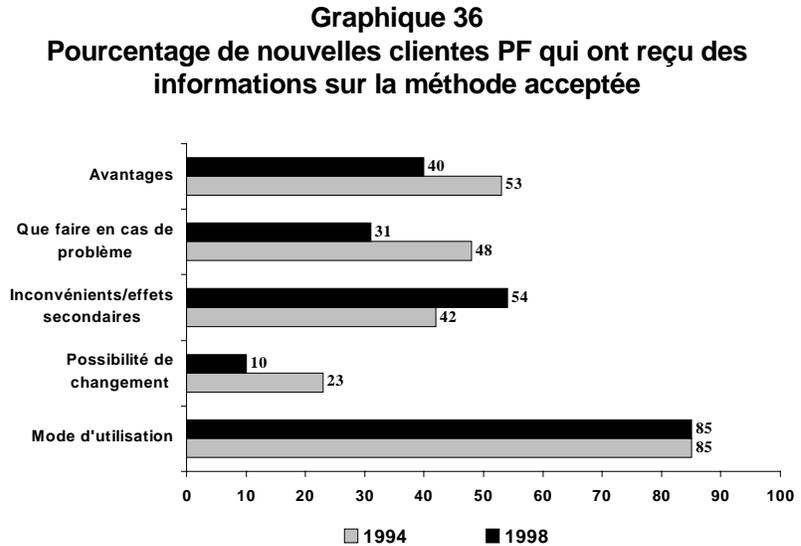
l'âge minimum requis par les prestataires pour fournir la plupart des méthodes contraceptives. Seuls le Norplant et la LT n'ont pas enregistré une telle baisse. Les âges minima médians requis sont restés les mêmes entre 1994 et 1998.

Par contre, une hausse est notée dans le nombre minimum médian d'enfants requis par le prestataire avant l'offre du préservatif ou des spermicides. Pour la pilule, le DIU et le Norplant les parités respectivement requises sont demeurées stables au cours des quatre dernières années. Pour les injectables et la LT, enfin, il est noté une baisse au niveau du nombre minimum médian d'enfants requis par les prestataires.

3.5 Informations reçues sur la méthode acceptée

Les nouvelles clientes PF, acceptrices d'une méthode, doivent recevoir, par rapport à celle-ci, des informations conformément aux normes. Ces informations portent sur le mode d'utilisation de la méthode, ses avantages, ses inconvénients et effets secondaires, que faire en cas de problème et les possibilités de changement de méthode.

Le mode d'utilisation de la méthode acceptée est l'information la plus fréquemment fournie aux nouvelles clientes aussi bien en 1994 qu'en 1998. Elles sont plus informées sur les inconvénients et les effets secondaires en 1998 qu'en 1994. Pour toutes les autres informations, on note qu'elles sont moins discutées qu'en 1994.



Source: Observation PF, 1994 (n=170) et 1998 (n=126)

3.6 Compétence technique des prestataires

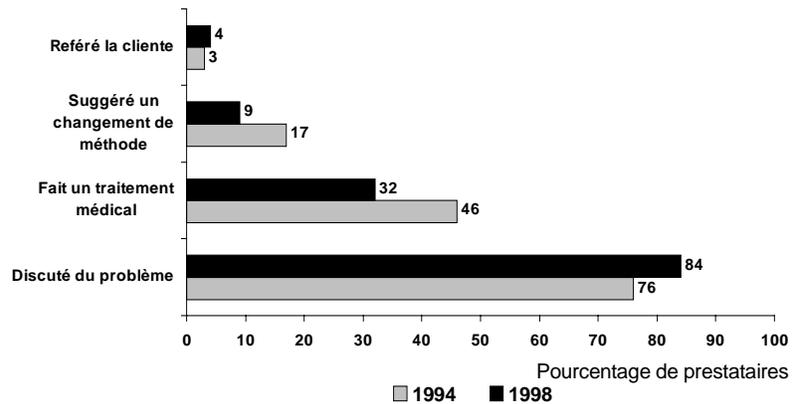
Le document des protocoles en matière de PF n'était pas encore disponible en 1994. Leur mise en application par les prestataires n'est pas comparée dans ce rapport du fait des différences au niveau des questions posées. Toutefois, deux aspects relatifs à la compétence technique des prestataires peuvent être évalués.

3.6.1 Actions entreprises avec des clientes ayant des problèmes avec leur méthode

Les normes précisent un protocole de prise en charge d'une cliente qui revient au PPS suite à des problèmes avec la méthode qu'elle utilise. Les actions listées sont au nombre de quatre : discuter du problème avec la cliente, faire un traitement médical, suggérer un changement de méthode ou référer la cliente.

Face aux clientes PF qui ont des problèmes avec leur méthode, les prestataires discutent du problème dans la majorité des cas. Cette attitude est encore plus fréquente en 1998 qu'en 1994. Une faible proportion de prestataires ont référé la cliente. On notera qu'il y a moins de prestataires qui ont fait un traitement médical ou suggéré un changement de méthode qu'en 1994.

Graphique 37
Pourcentage de prestataires ayant entrepris des actions avec des clientes PF qui ont eu des problèmes avec leur méthode



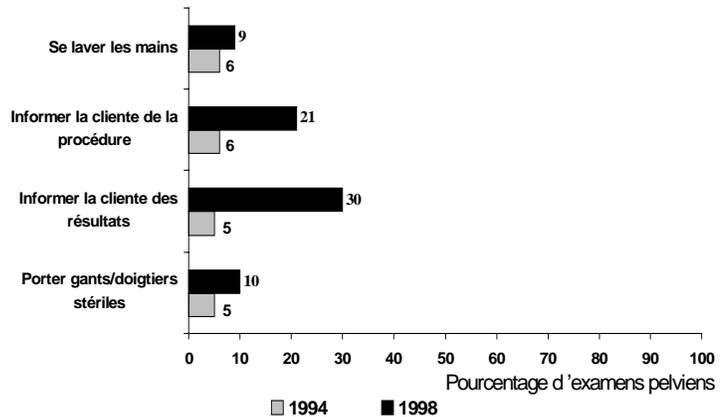
Source: Observation PF, 1994 (n=206) et 1998 (n=127)

3.6.2 Gestes observés au cours des examens pelviens

Cette section porte sur l'évaluation de l'application des règles d'aseptie et de counselling jugées nécessaires dans le cadre d'un examen pelvien.

Les données de 1998 attestent qu'une nette amélioration est enregistrée au niveau du respect des règles d'aseptie. En effet, s'il est observé une faible proportion de prestataires qui se lavent les mains avant l'examen, c'est par contre, une importante majorité d'entre eux qui portent des gants ou doigtiers. L'examen au speculum est fait dans plus de 6 cas sur 10 contre 4 cas sur 10 en 1994. Toutefois, des efforts restent à faire au niveau du counselling même si par ailleurs des améliorations sont notées comparativement à la situation de 1994.

Graphique 38
Pourcentage d'examens pelviens au cours desquels les prestataires ont observé les gestes suivants



Source: Observations PF, 1994 (n=404) et 1998 (n=210)

3.7 Mécanisme pour encourager la continuité

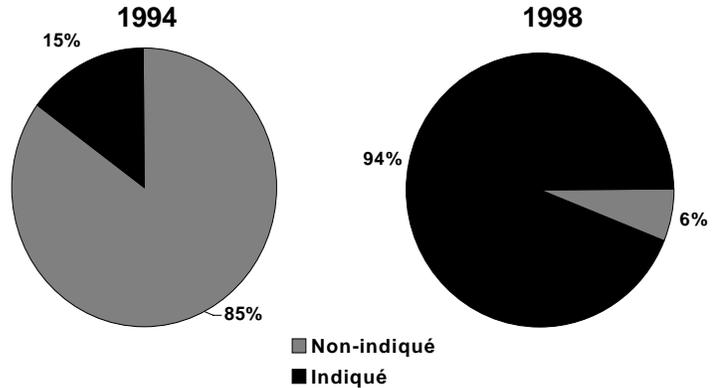
Par ailleurs, comme en 1994, c'est à la majorité des clientes qu'il a été précisé, par écrit, la date de la prochaine visite.

Il a été indiqué à 94 % des nouvelles clientes PF le lieu de réapprovisionnement ce qui traduit une amélioration très significative car en 1994, c'est seulement 15 % des nouvelles clientes PF qui avaient bénéficié d'un tel service.

Pour les clientes à qui le lieu de réapprovisionnement était

précisé en 1994, on trouve la pharmacie ou le dépôt communautaire, l'agent communautaire ou un autre PPS et, très rarement, dans le même PPS. Par contre, en 1998, c'est le même PPS qui est indiqué comme lieu de réapprovisionnement dans 98 % des cas et dans 2 % des cas, c'est un autre PPS qui est indiqué.

Graphique 39
Pourcentage de nouvelles clientes PF à qui on a indiqué le lieu d'approvisionnement



Source: Observations PF, 1994 (n=884) et 1998 (n=532)

B. Les indicateurs de l'Objectif Stratégique : analyse comparative des résultats de 1997 et 1998

1. Introduction

En 1997, la deuxième Analyse Situationnelle avait permis de développer des données de base pour la mesure des indicateurs développés pour mesurer l'Objectif Stratégique de l'USAID (maîtrise de la taille de la famille). L'Etude d'Analyse Situationnelle de 1998 a servi à évaluer les résultats intermédiaires clés de l'Objectif Stratégique.

2. Echantillonnage

Les analyses qui suivent ne concernent que les quatre régions du PSE/PF : Kaolack, Fatick, Ziguinchor et Louga.

Tableau 5: Caractéristiques de l'échantillon

Région	Nbre de PPS visités	Nombre de PPS par Districts	Nombre observation / interview PF	Nombre observation / interview CPN	Nombre observation / interview LMD	Nombre interview Personnel
Kaolack	68	Kaolack 27 Kaffrine 15 Kounghueul 8 Nioro 18	122	321	74	188
Fatick	57	Fatick 17 Foundiougne 9 Sokone 10 Gossas 9 Guinguineo 5 Dioffor 7	119	359	41	110
Louga	55	Louga 20 Linguère 10 Kébémér 11 DarouMousti 5 Dara 9	88	217	45	107
Ziguinchor¹	8	Ziguinchor 8	50	26	7	29
Total	188	188	379	923	167	434

¹ Dans la région de Ziguinchor, seuls les PPS du district de Ziguinchor ont pu être visités en raison de l'insécurité. En 1997, tous les PPS de la région ont été visités. Cependant pour des raisons de comparabilité avec 1998, seuls 8 PPS de la commune de Ziguinchor ont été inclus dans l'analyse.

Au total 188 PPS ont été visités en 1998 sur l'ensemble des quatre régions du Sénégal. Ils se répartissent entre 144 PPS ruraux et 44 PPS urbains. En 1994, c'est 156 PPS ruraux et 38 PPS urbains qui ont été visités. L'étude de 1998 a permis de réaliser 379 Observations/Interviews des clientes venues pour la planification familiale, 923 Observations/ Interviews de clientes venues pour une consultation prénatale, 167 Observations/Interviews de clientes venues pour une consultation curative diarrhée et 434 interviews de prestataires de services.

La majorité des PPS visités sont des postes de santé (159). Les autres structures se trouvent être des centres de santé (15), des centres de référence (4), des cliniques de l'ASBEF (3), 2 hôpitaux, 2 PMI, 2 cliniques privées et 1 centre de Village SOS. Il faut noter que, du fait que le Centre de santé et le Centre de référence de Fatick sont dans la même concession, le centre de santé n'a pas fait l'objet d'une classification spécifique. La structure a été répertoriée comme un Centre de référence.

Pour des raisons liées à l'insécurité qui prévaut dans la partie Sud du pays, la collecte de données a été limitée aux seuls PPS du district de Ziguinchor; ce qui explique le nombre réduit de PPS visités dans cette région.

Presque la totalité des PPS qui offrent des services de PF appartiennent au secteur public (92,6 %). Les autres secteurs regroupent le parapublic SANFAM (5,3 %), l'ASBEF (1,6 %) et le privé confessionnel (0,5 %).

Tableau 6: Evolution du nombre de PPS visités dans les quatre régions entre 1994 et 1998

Région	Nombre de PPS 1994	Nombre de PPS 1997	Nombre de PPS 1998
Kaolack	13	55	68
Fatick	10	52	57
Louga	8	51	55
Ziguinchor	11	36	8
Total	42	194	188

D'une année à l'autre, il est noté une augmentation du nombre de PPS visités. Ce résultat s'explique par le fait que l'idée du recensement de tous les PPS fournissant des services de PF a toujours été privilégiée dans ces quatre régions. La chute du nombre de PPS visités dans la région de Ziguinchor en 1998 est, comme nous l'avons soulignée précédemment, liée à l'insécurité qui a prévalu dans cette partie du pays au moment de la collecte des données.

3. *Les indicateurs calculés avec les données des EAS*

Tableau 7: Indicateurs de l'Objectif Stratégique

- | |
|---|
| <p>1.2: % des PPS fixes offrant des services PF aux hommes et aux adolescents.</p> <p>1.4: % de PPS ayant un personnel formé, des équipements et produits adéquats pour fournir les services de PF.</p> <p>1.6: % de PPS ayant un personnel formé à la prise en charge des cas de diarrhée et un stock suffisant de SRO.</p> <p>1.7: % de PPS ayant un personnel formé à la prise en charge des cas de malnutrition et des équipements.</p> <p>1.8: % de maternités des centres de santé répondant aux conditions de 'l'hôpital ami des bébés'.</p> <p>1.9: % de PPS avec du personnel formé et l'équipement adéquat pour fournir des services de MST/SIDA</p> <p>3.1: % de PPS offrant la gamme complète de méthodes contraceptives.</p> <p>3.2: % de clientes ayant reçu un counseling adéquat, conformément aux normes.</p> <p>3.5: % de PPS qui ont reçu au moins une visite de supervision au cours des 6 derniers mois conformément aux normes</p> <p>3.6: Taux de continuité des clientes de PF.</p> |
|---|

IR 1: ACCROITRE L'ACCES AUX SERVICES SMI/PF/MST/SIDA

IR 1.2: Pourcentage de PPS fournissant des services de PF aux hommes et aux adolescentes

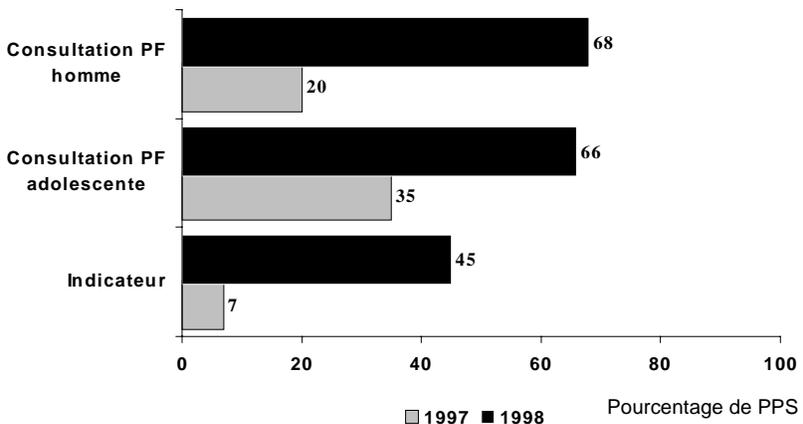
A partir de l'inventaire des installations et des services disponibles, l'étude s'est intéressée à voir si des services étaient fournis aux hommes et aux adolescentes dans les PPS. L'exploitation des registres de consultation de PF, ainsi que les registres des médecins et des infirmiers chefs de poste sur une période de trois mois précédant l'enquête a été faite. Les PPS pour lesquels les statistiques ne sont pas disponibles sont exclus du calcul.

Méthode utilisée pour le calcul: Si, au cours des trois derniers mois au moins, il apparaît que les données requises existent et que le chiffre trouvé est supérieur à zéro, on en déduit que le PPS offre des services aux hommes et aux adolescentes. L'indicateur est le produit des pourcentages respectifs de PPS fournissant des services de PF aux hommes et de PPS fournissant des services de PF aux adolescentes. Par ailleurs, il est calculé sans facteur de correction pour des raisons de conformité avec la méthode utilisée lors de l'étude de 1997.

Sous-indicateur 1.2.1: 68,4 % des PPS visités comparé à 19,6% en 1997 ont mentionné sur leurs registres que, au moins, un homme avait effectué une visite au cours des trois derniers mois précédant l'enquête pour une consultation en PF.

Sous-indicateur 1.2.2 : 66% des PPS visités comparé à 35,1% en 1997 ont mentionné la visite d'au moins une adolescente pour une consultation en PF.

Graphique 40
Pourcentage de PPS fournissant des services de PF aux hommes et aux adolescents



Source: Inventaire, 1997 (n=194) et 1998 (n=188)

L'indicateur 1.2, produit des sous-indicateurs 1.2.1 et 1.2.2, est égal à 45,1%. Il était de 6,9 % en 1997. Cette variation significative de l'indicateur observée entre ces deux dernières années vient surtout de l'amélioration apportée par les chercheurs à la collecte des informations sur les visites des hommes pour une consultation en PF.

IR 1.4 : Pourcentage accru des PPS avec du personnel formé, de l'équipement adéquat et des produits pour fournir des services de PF

Cet indicateur est obtenu à partir de 2 sources de données: l'inventaire des installations et des produits disponibles et l'interview du personnel.

Définition de personnel formé: au moins une personne de la structure a reçu une formation en PF clinique.

Définition d'équipement adéquat: La liste minimum standard établie pour les centres de santé et pour les points de prestation de services.

Il faut que le PPS ait au moins 80% de l'équipement adéquat pour qu'il ait 1 ; s'il a moins de 80% , son score est égal à 0.

Définition de produits: la disponibilité des méthodes contraceptives selon le niveau.

Centre de Référence: Pilule, DIU, Injectable, Spermicide, Préservatif, Norplant

Hôpitaux: Pilule, DIU, Injectable, Spermicide, Préservatif

Centre Santé, ASBEF, PMI, Clinique privée: Pilule, DIU, Injectable, Spermicide, Préservatif

Poste Santé: Pilule, Injectable, Spermicide, préservatif

Il apparaît, pour le personnel, que **93,6%** des PPS ont au moins une personne formée en PF comparé à 95,8% en 1997. Cette variation n'est pas, cependant, statistiquement significative.

Pour l'équipement, par contre, des variations significatives sont constatées

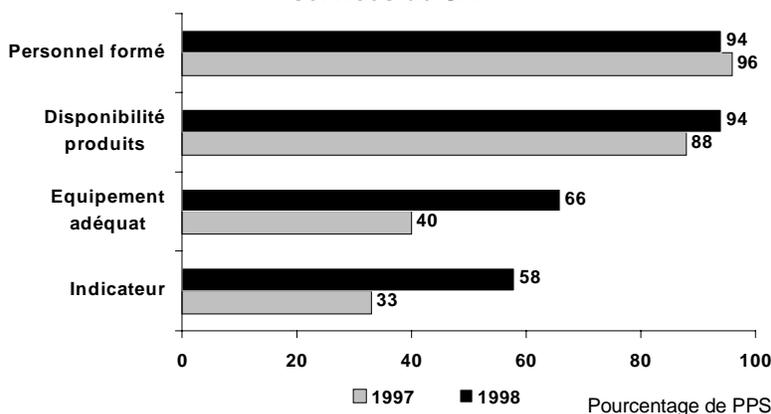
- **96,4 %** des structure de niveau centres de santé ont l'équipement adéquat, c'est-à-dire au moins 80 % du matériel, contre 70,3 % en 1997. Sont pris en compte, dans le calcul de cet indicateur: les centres de référence, les hôpitaux, les centres de santé, les cliniques privées, les ASBEF et les PMI.
- **42,7 %** des postes de santé ont l'équipement adéquat contre 9 % en 1997;

Au total, c'est :

- **70 %** des PPS qui ont l'équipement adéquat alors que le pourcentage était de 39,65 % en 1997.

Pour la disponibilité des produits, il apparaît que **91,3 %** des PPS ont les produits disponibles selon le niveau comparé à 88 % en 1997. L'indicateur est égal à la moyenne arithmétique des

Graphique 41
Pourcentage de PPS avec du personnel formé, de l'équipement adéquat et des produits pour fournir des services de SR



Sources: Inventaires, 1997 (n=194) et 1998 (n=188)
Interviews Personnel, 1997 (n=316) et 1998 (n=434)

pourcentages respectifs de centres de référence (100 %), d'hôpitaux (100 %), de centres de santé (86,4 %) et de postes de santé (78,6 %) qui ont tous les produits requis le jour de la visite.

Les 4 centres de référence et les 2 hôpitaux de l'échantillon totalisent, chacun, 100 % des produits requis. Par contre pour les postes de santé, c'est seulement 78,6 % d'entre eux qui disposent de l'ensemble des produits requis.

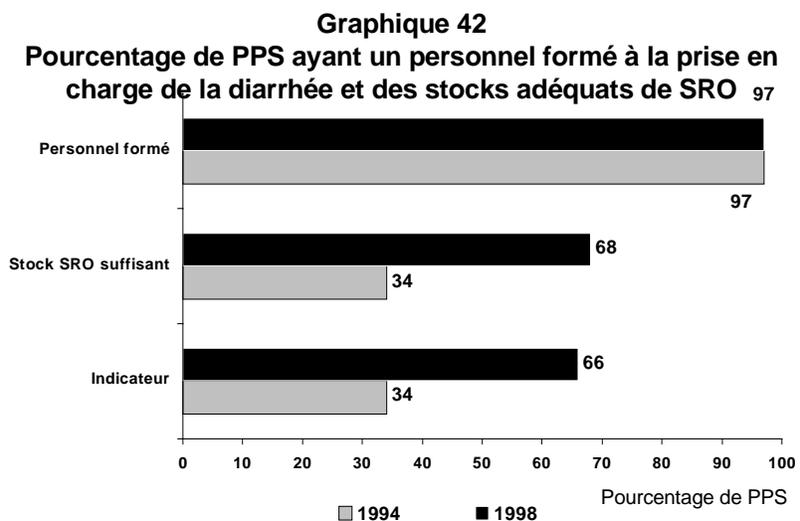
L'indicateur final est obtenu en faisant le produit des pourcentages respectifs de PPS ayant au moins une personne formée en PF, l'équipement adéquat et 80 % des produits requis selon le niveau. Il est calculé sans facteur de correction pour des raisons de comparabilité avec les résultats de l'étude de 1997.

L'indicateur 1.4 est égal à 59,8 % comparé à 33,4 % en 1997. La nature de cet indicateur - sa constitution fait appel à des variables issues de fichiers différents - ne rend pas aisée la détermination rigoureuse des facteurs explicatifs de cette variation significative observée entre 1997 et 1998. Toutefois, les tests effectués sur les variations respectives des différentes composantes de l'indicateur montrent que seules les améliorations enregistrées au niveau de l'équipement des postes et centres de santé sont significatives. A ce niveau donc résident les principaux facteurs explicatifs de la variation de l'indicateur 1.4.

IR 1.6 Pourcentage accru de PPS ayant au moins une personne formée à la prise en charge de la diarrhée et des stock adéquats de SRO

Cet indicateur est saisi à partir de l'inventaire des installations disponibles et de l'interview du personnel. Il est le produit des pourcentages respectifs de PPS ayant au moins une personne formée à la prise en charge de la diarrhée et de PPS ayant des stocks adéquats de SRO.

Au moins une personne formée dans la prise en charge de la diarrhée: Formation en Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (LMD).



Source: Inventaires, 1997 (n=194) et 1998 (n=188)
Interviews Personnel, 1997 (n=316) et 1998 (n=434)

Stock suffisant de SRO: stock supérieur au seuil d'alerte.

Sur les 188 PPS visités 96,8 % d'entre eux ont au moins une personne formée en LMD. Ce pourcentage était de 97,4 % en 1997.

Par ailleurs 68 % de ces PPS disposent d'un stock suffisant de SRO. Ce pourcentage était de 34,4 % en 1997.

L'indicateur 1.6 est le produit de ces deux résultats. Il est égal à 65,8 % (contre 33,5% en 1997). Toutefois les tests opérés sur les variations relatives aux deux sous-indicateurs attestent que seule la variation relative au pourcentage de PPS disposant d'un stock suffisant de SRO est significative. De ce fait les facteurs explicatifs de la variation significative de l'indicateur 1.6 doivent être cherchés au niveau des efforts consentis dans la dotation des PPS en SRO.

IR 1.7. Pourcentage de PPS ayant au moins une personne formée en prise en charge de la malnutrition et l'équipement adéquat

Cet indicateur est saisi à partir de l'inventaire des installations et des services et de l'interview du personnel. Il est le produit des pourcentages respectifs des PPS ayant au moins une personne formée dans la prise en charge de la malnutrition et des PPS ayant un équipement adéquat.

Au moins une personne formée dans la prise en charge de la malnutrition: Formation en surveillance nutritionnelle et pondérale

Equipement adéquat: liste d'équipement composée de la balance et du diagramme de maigreur.

Les données de cette étude montrent que 97,3 % des PPS ont, au moins, une personne formée en surveillance nutritionnelle et pondérale et 79,8 % l'équipement adéquat. Ces statistiques étaient respectivement de 97,4 % et 80,5 % en 1997.

L'indicateur 1.7 est le produit de ces deux résultats ; il est égal à 77,6 % (contre 78,4 % en 1997). Toutefois les tests attestent que les variations constatées tant au niveau des sous-indicateurs qu'au niveau de l'indicateur lui-même ne sont pas significatives.

IR 1.8 Pourcentage accru de PPS répondant aux critères de 'l'hôpital ami des bébés'

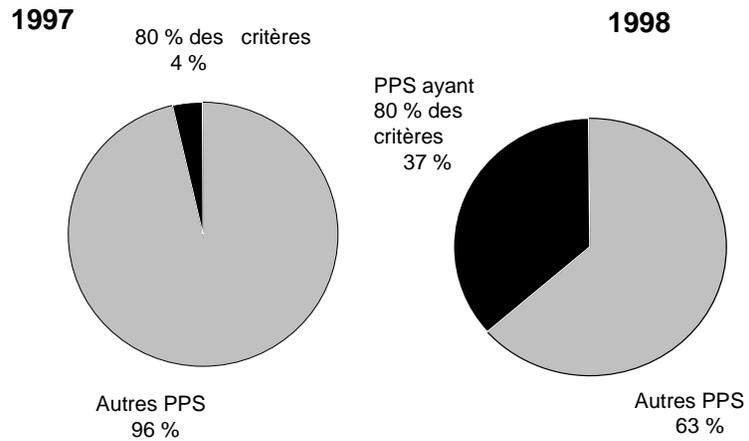
Est dit 'hôpital ami des bébés' le PPS qui offre des services d'accouchement et qui a, au moins, 80 % des critères requis.

A partir de l'inventaire des installations, 5 questions répondant à 5 des 10 critères de l'hôpital ami des bébés ont été posées. Il faut noter que ces questions ne devraient être posées que dans

les structures où les services d'accouchement étaient disponibles.

Au total, 174 PPS ont répondu à l'une ou l'autre de ces 5 questions et ont donc été considérés comme des structures où des services d'accouchement ont été fournis ; parmi ceux-ci : 1 centre de référence, 2 hôpitaux, 15 centres de santé, 1 PMI et pas de maternité rurale. Parmi ces 19 PPS, 11 ont répondu à 80 % des critères de 'l'hôpital ami des bébés'.

Graphique 43
Pourcentage de PPS répondant aux critères de 'l'hôpital ami des bébés'



Source: Inventaire, 1997 (n=194) et 1998 (n=188)

L'indicateur 1.8 est égal à 57,9 % (11 sur 19 PPS) contre 3,7 % en 1997. L'explication de cette hausse significative réside dans l'effort de conformité des PPS à un document de politique maternelle, dans la mise en œuvre plus systématique de la politique auprès des mères et des bébés, dans la multiplication des groupes de soutien à l'allaitement dans les régions et, enfin, dans la mise en œuvre d'un système de soutien aux mères allaitantes au niveau des PPS.

IR 1.9. Pourcentage de PPS avec du personnel formé et l'équipement adéquat pour fournir des services de MST/SIDA

Cet indicateur est obtenu à partir de l'inventaire et de l'interview du personnel.

Personnel formé: Au moins une personne dans le PPS ayant eu une formation en prise en charge des MST/VIH/SIDA

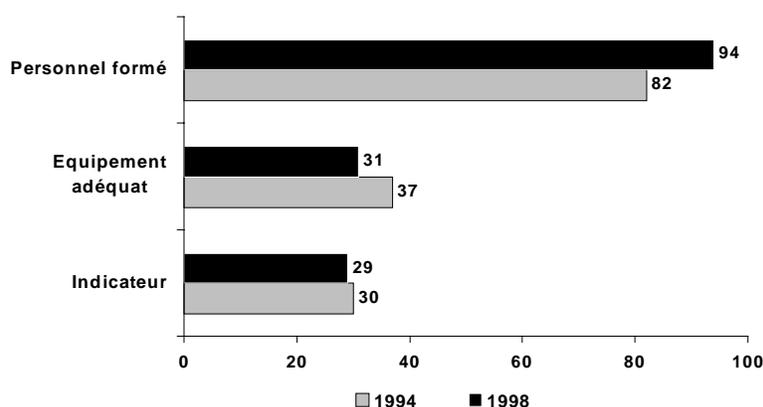
Equipement adéquat: Equipés pour faire le test d'au moins une MST parmi les types de PPS suivants: Centres de santé, Centres de référence, Hôpital, PMI, ASBEF.

Il apparaît que 94,1 % des PPS (contre 81,6 % en 1997) ont au moins une personne formée en prise en charge clinique des MST/VIH/SIDA.

Dans les politiques du Ministère de la Santé, ce sont les Centres régionaux MST et les Hôpitaux régionaux qui offrent les tests. Toutefois, 30,8 % des PPS (contre 37 % déclarés en 1997) sont équipés pour faire le test d'au moins une MST. Le calcul prend en compte les PPS qui disposent d'un laboratoire et qui font, au moins, un des tests suivants: syphilis, gonorrhée, chlamydia.

L'indicateur 1.9, produit des deux pourcentages précédents, est égal à 29 % contre 30,2 % en 1997. Toutefois, cette variation ne s'avère pas significative ; autrement dit, l'indicateur est demeuré au même niveau que l'année précédente. On notera, aussi, que des deux sous-indicateurs, seul celui relatif au pourcentage de PPS ayant un personnel formé a connu une amélioration significative. On conviendra, cependant, que cette amélioration n'est pas assez importante pour influencer, de manière significative, sur le niveau de l'indicateur.

Graphique 44
Pourcentage de PPS avec du personnel formé et l'équipement adéquat pour fournir des services de MST/SIDA



Source: Inventaire, 1997 (n=194) et 1998 (n=188)
Interviews Personnel, 1997 (n=316) et 1998 (n=434)

IR 3: AMELIORER LA QUALITE DES SERVICES DE PF/SMI/MST/SIDA

IR 3.1. Pourcentage de PPS offrant la gamme complète de méthodes contraceptives

Cet indicateur est saisi à partir de l'inventaire des installations et des services.

Gamme complète des méthodes contraceptives: selon le niveau, méthodes habituellement fournies dans le PPS.

Hôpital: Pilule, DIU, Injectable, Préservatif, Spermicide, Norplant

Centre de Santé, ASBEF, PMI, Clinique: Pilule, DIU, Injectable, Préservatif, Spermicide

Centre de référence: Pilule, DIU, Injectable, Préservatif, Spermicide, Norplant

Poste de Santé: Pilule, Injectable, Préservatif, Spermicide, DIU

Il ressort de la collecte que:

- 100 % des hôpitaux ont la gamme complète des méthodes contraceptives comparé à 0 % en 1997.
- 100 % des centres de référence ont la gamme complète des méthodes contraceptives comme en 1997.
- 100 % des centres de santé (y compris ASBEF, PMI, Cliniques) ont la gamme complète des méthodes contraceptives comme en 1997.
- 78,6 % des postes de santé ont la gamme complète des méthodes contraceptives comparé à 73,7 % en 1997 si le DIU n'est pas pris en compte sur la liste des méthodes. Toutefois, l'objectif fixé pour cette année n'est pas atteint car il était de 90 % des postes de santé.

Catégories	Hôpital	Centre de référence	Centre de santé et assimilés	Poste de santé
Avec Norplant	100 %	100 %	70 %	
Sans Norplant	100 %	100 %	100 %	
Avec DIU				3,1 %
Sans DIU				78,6 %

Pour des soucis de comparabilité avec les résultats de l'étude de 1997, nous calculons l'indicateur sans considération des hôpitaux. Il sera, seulement, tenu compte:

- du pourcentage de centres de référence ayant la gamme complète (100 %);
- du pourcentage de centres de santé "Sans Norplant" (100 %);
- du pourcentage de postes de santé "Sans DIU" (78,6 %).

L'indicateur 3.1, moyenne arithmétique de ces pourcentages, est égal à 92,86 % (contre 91,23 % en 1997). Il n'a pas connu une variation statistiquement significative. Autrement dit, l'indicateur est demeuré au même niveau ; la légère différence constatée entre les niveaux respectifs des deux années, ne traduit pas une situation réelle.

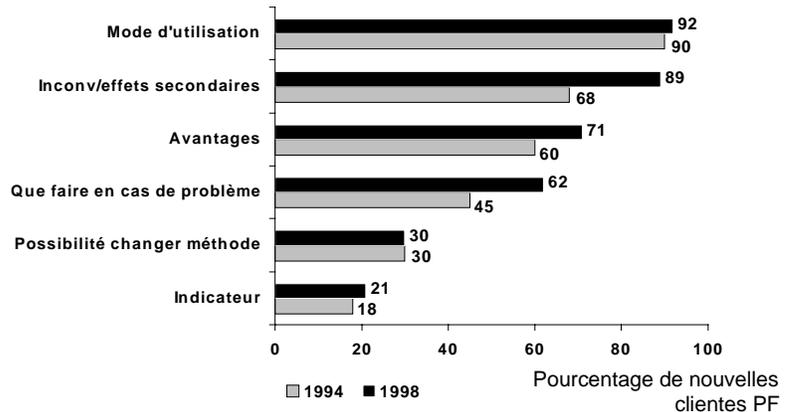
IR 3.2. Pourcentage de clientes ayant reçu un counselling adéquat, conformément aux normes

Cet indicateur est saisi à partir de l'observation de la cliente PF. Seules les nouvelles clientes sont prises en compte.

Counselling adéquat: Pour la méthode que la cliente a choisie sont pris en compte, le mode d'utilisation, les effets secondaires et inconvénients les avantages, que faire en cas de problème et les possibilités de changement.

L'indicateur 3.2 est égal à 21,2 % (contre 17,5 % en 1997). Cette variation n'est, toutefois, pas statistiquement significative, ce qui veut dire qu'en réalité, l'indicateur est resté au même niveau qu'en 1997.

Graphique 45
Pourcentage de nouvelles clientes PF ayant reçu un counselling adéquat



Source: Observation PF, 1997 (n=40) et 1998 (n=66)

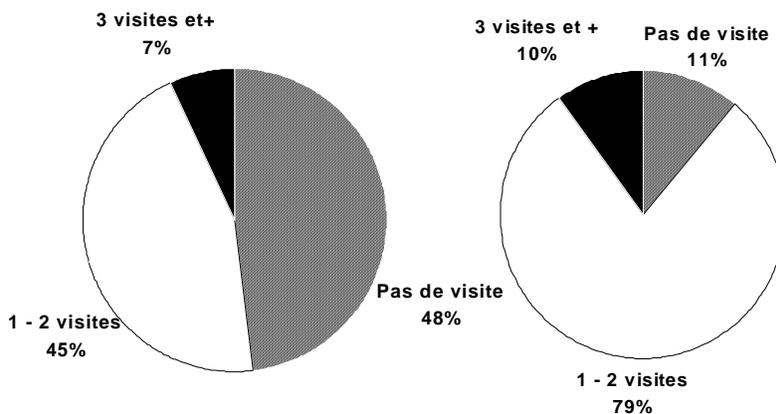
IR 3.5 : Pourcentage de PPS qui ont reçu au moins une visite de supervision au cours des 6 derniers mois conformément aux normes.

Cet indicateur est saisi à partir de l'inventaire des installations et des services.

88,5 % des PPS ont bénéficié d'une supervision, au moins, au cours des six derniers mois précédant l'enquête. Seuls 52,1 % des PPS en avaient ainsi bénéficié en 1997.

L'indicateur 3.5 est égal à 88,5 % comparé à 52,1 % en 1997. Cette performance est, du reste, liée au fait qu'une décision des responsables de programmes a permis de financer la supervision contrairement à l'année précédente.

Graphique 46
Pourcentage de PPS qui ont reçu, au moins, une visite de supervision



Source: Inventaire, 1997 (n=194) et 1998 (n=188)

IR 3.6 : Taux de continuité des clientes de PF

Cet indicateur est une estimation rétrospective de la continuité. Il est obtenu à partir de l'exploitation des registres de PF, des fiches des inactives et du fichier des actives.

12 cohortes de clientes ont été sélectionnées entre janvier 1996 et décembre 1996.

Toutes les nouvelles clientes qui se sont présentées au centre au mois de janvier 1996 forment la cohorte 1. Et toutes les nouvelles clientes qui se sont présentées pour la première fois en décembre 1996 forment la cohorte 12. Ces clientes sont suivies à travers leur fiche **durant 12 mois**. Si la cliente sort d'observation, c'est-à-dire a abandonné ou est perdue de vue, le mois où elle sort de la cohorte est relevé.

Le calcul du taux est fait à partir de la table de survie (Life table) sur une population fictive de 1000 femmes, à qui on applique une probabilité de sortie d'observation observée par les fiches.

Les fiches et registres de trois centres ont été dépouillés: Centre de référence de Kaolack, Centre de référence de Fatick et centre de référence de Louga. Les résultats sont consignés sur le tableau suivant:

TAUX DE CONTINUITÉ		
Régions	6 mois	12 mois
Fatick	71,79 %	60,26 %
Kaolack	75,72 %	67,43 %
Louga	55,26 %	25,05 %
3 régions: Fatick, Kaolack, Louga	68,58 %	52,77 %
2 régions: Fatick, Kaolack	74,89 %	65,91 %

Il apparaît que la région de Kaolack affiche les taux de continuité les plus élevés; alors que ceux de la région de Louga sont les plus faibles.

Ceci s'explique par le fait que le centre de référence de Louga est relativement récent; il est relativement dépourvu du point de vue de la disponibilité de personnel formé et de méthodes contraceptives. Le centre de référence de Kaolack est d'implantation plus ancienne et dispose de toutes les méthodes contraceptives de longue durée (Norplant, Diu).

Les performances de la région de Fatick sont légèrement en deçà de celles de Kaolack. On notera, cependant, que le centre de référence de Fatick n'a pas disposé de Norplant pendant la période sur laquelle ont évolué nos cohortes.

De telle sorte que le taux de continuité (sur 12 mois) des clientes PF, en excluant la région de Louga du calcul, est égal à 65,91 %.

Taux de continuité: le taux de continuité des clientes de PF calculé au niveau des 3 régions est de 52,8 % (contre 60,3 % en 1997).

V. Conclusion

Les résultats de l'étude de 1998 permettent de dire que d'importants progrès ont été réalisés dans le domaine de la Santé de la Reproduction.

- *Du point de vue de l'accessibilité* : l'étude a montré que les tarifs de consultation sont généralement trouvés abordables par les clientes. Par ailleurs, c'est dans très peu de cas que la tarification est établie par les comités de santé, seuls ou conjointement avec la Région Médicale, et les tarifs portés à la connaissance du public. Quant à la durée de fonctionnement des PPS, elle demeure encore réduite, les services de santé n'étant offerts qu'entre 9H et 14H ;
- *du point de vue de la capacité de fonctionnement des PPS* : l'analyse de l'inventaire des installations et des services permet de voir qu'en général, les PPS jouissent d'une infrastructure qui leur permet de mener à bien leurs activités et de faire face aux sollicitations des clientes ; toutefois certains aspects de cette infrastructure requièrent une attention. Quant à la disponibilité de l'eau courante, de l'électricité et de toilettes fonctionnelles, elle est encore à améliorer surtout en milieu rural. L'équipement des PPS est assez satisfaisant. On notera le défaut de source lumineuse dans certains PPS du milieu rural ainsi que l'insuffisante disponibilité du petit matériel (pour les traitements et les examens) et l'équipement pour la prise en charge des maladies diarrhéiques et de la malnutrition. Le personnel offrant les services de SR jouit d'une longue expérience dans le domaine. Une proportion assez significative des prestataires ont reçu une formation en Surveillance de la grossesse/Accouchement/Post-partum et LMD, une proportion moindre étant formée en technologie contraceptive. Il est également noté un effort important dans le recyclage des prestataires, la technologie contraceptive s'avérant un domaine privilégié. Bien que les activités IEC soient théoriquement quotidiennes, l'étude a montré que les causeries sont quasi-inexistantes au niveau des PPS. Les signes/panneaux indiquant les services offerts sont disponibles au niveau de 8 PPS sur 10. Concernant le matériel et les activités IEC, même si des efforts ont été consentis par le programme, il faut noter encore des insuffisances qui méritent des améliorations. On notera aussi que l'inventaire des stocks de produits contraceptifs a montré qu'il en existe une gamme variée au niveau des PPS mais tous les PPS n'offrent pas toutes les méthodes. La gestion et l'approvisionnement peuvent toutefois être estimés satisfaisants même si des ruptures sont encore enregistrées par quelques PPS. Relativement aux produits nécessaires pour la prise en charge des maladies diarrhéiques et de la malnutrition, il s'est avéré que les PPS n'ont pas le mélange lait/huile/sucre et la vitamine A. Ils sont relativement bien dotés en fer et en SRO, produits qui sont, du reste, stockés de façon appropriée et selon la date de péremption. Soulignons, enfin, que le Système d'information pour des fins de Gestion éprouve d'importantes insuffisances liées à la mauvaise tenue des registres d'activités. Les registres relatifs à la PF et à la CPN sont les plus défectueux. La supervision, par contre, se présente relativement bien, la plupart des PPS ayant reçu une à deux visites au cours des six derniers mois qui ont précédé l'enquête ;
- *du point de vue de la qualité des soins* : de l'observation des consultations et de l'interview des clientes, il est ressorti, d'abord, que le temps d'attente des clientes ne s'est pas significativement amélioré depuis 1994. Toutefois, c'est la quasi-totalité des clientes qui estiment avoir bénéficié des services et informations désirés le jour de la visite. Si la majorité des nouvelles clientes PF ont, par ailleurs, mentionné une préférence pour une

méthode contraceptive, l'étude enseigne que ce choix est généralement respecté par les prestataires même s'il est fait état d'une infime proportion d'entre eux qui ont encouragé une méthode particulière durant l'entrevue. La majorité de ces clientes ont, d'ailleurs, reçu la méthode qu'elles avaient décidé d'utiliser. Il est également ressorti de l'étude qu'un prestataire sur quatre continue d'exiger systématiquement des examens de laboratoire avant la prescription de certaines méthodes contraceptives alors que le bilan para-clinique ne devrait plus être systématique depuis 1990. Des proportions encore plus importantes de prestataires imposent des barrières culturelles liées, d'une part, à leurs préjugés et, d'autre part, à la non-application des normes. Les données attestent que les prestataires ne font pas toujours un counselling complet. L'étude a aussi révélé que peu de clientes CPN ont reçu des conseils ou informations de la part des prestataires. Par contre c'est la plupart des mères ou accompagnantes des enfants souffrant de maladies diarrhéiques ou de malnutrition qui ont reçu des informations sur le mode d'administration de la SRO et des autres médicaments ; mais elles n'ont, quasiment, pas été entretenues de la PF. Les conditions d'aseptie ne sont pas rigoureusement observées par tous les prestataires au cours des examens. La majorité des prestataires confrontés au cas de clientes ayant des problèmes avec leur méthode ont agi conformément aux normes. Il en est de même en cas de prise en charge des maladies diarrhéiques et de consultations prénatales. La seule faiblesse constatée à ces niveaux respectifs est liée à la communication interpersonnelle, particulièrement en PF. Enfin, l'étude a révélé que même si les prestataires ont une bonne connaissance des MST/SIDA, la conduite qui consiste à prévenir la contamination d'autres personnes, par la proposition de préservatifs en l'occurrence, est peu appliquée.

VI. Dissémination des résultats

Différentes occasions ont été saisies pour faciliter la diffusion et l'utilisation des résultats :

- **La conférence de fin de projet** : les résultats de rapport ont été présentés lors de la conférence de fin de projet RO/AT qui s'est tenue à Dakar du 08 au 10 Septembre 1998 à Dakar. Cette conférence fut l'occasion de présenter les diverses études menées dans le cadre du projet RO/AT et de discuter des résultats en panel et des perspectives quant aux Etudes d'Analyse Situationnelle.
- **Le séminaire national de diffusion** : un séminaire de diffusion a regroupé pendant deux jours à Dakar une centaine de participants dont des représentants du Ministère de la Santé, de l'USAID, des autres agences de collaboration intervenant dans le programme de SMI/PF du Sénégal, des médecins-chefs de région et de districts, des superviseurs SSP, des coordinatrices SMI/PF, des représentants du SANAS et de l'ASBEF et des prestataires. Les journées du 26 et 27 Novembre 1998 ont ainsi permis d'impliquer les différents responsables dans l'identification des forces et des faiblesses de leur programme et dans la recherche de solutions.
- **Les Médias** : la presse écrite et audio-visuelle a constitué un relais privilégié pour porter les résultats de cette étude à la connaissance du public.
- **Des ateliers régionaux** sont prévus au courant de l'année 1999.

VII. Recommandations et perspectives

Le séminaire de dissémination des résultats de l'étude de 1998 a été l'occasion de formuler, avec les différents participants, les recommandations et les perspectives quant aux études d'Analyse Situationnelle. Plusieurs suggestions ont été faites.

- *Par rapport à l'utilisation des résultats*
 - Disséminer les résultats jusqu'au niveau le plus périphérique ;
 - Déterminer les contraintes dans la mise en œuvre des actions et l'utilisation des résultats ;
 - Mettre l'accent sur les activités de suivi ;
 - Encourager le niveau district dans la perspective d'un suivi effectif ;
 - Orienter les objectifs de la supervision par rapport aux faiblesses décelées ;
 - Associer les médecins-chefs de région et de district dans la conception, la réalisation et la dissémination des recherches ;
 - Sensibiliser les bailleurs de fonds en vue d'une orientation de leurs financements sur les activités prioritaires établies par les régions.

- *Par rapport à la recherche*
 - Revisiter les bases de données des 3 EAS, sélectionner des variables qui ont été très utilisés satisfaisant et rajouter d'autres variables collant à la réalité et s'avérant des plus pertinentes ;
 - Soumettre aux responsables de programmes une liste d'indicateurs afin qu'ils opèrent un choix sur la base de leur pertinence et des priorités des programmes;
 - Elargir le comité technique aux régions et aux secteurs en organisant des séances de travail avec les responsables des programmes ;
 - Tenir compte d'autres sources d'informations telles que la supervision et l'exploitation des rapports pour alléger les protocoles de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

Bruce Judith and Anrudh K. Jain. 1991. 'Improving the quality of care through operations research.' In *Operations Research : Helping Family Planning Programs Work Better*. Eds. Myrna Seidman and Marjorie Horn. New-York : John Wiley-Liss.

CERRULLI A., SANOGO D., CUSAK G., EMMET B. et CHAPONNIERE P., 1995 : *Activités pour le Suivi de l'Enfant et de la Planification Familiale au Sénégal : Revue de la Littérature et Recommandations pour la Recherche et les Programmes Futurs* – Dakar, The Population Council, Management Sciences for Health et Projet Survie de l'Enfant/Planification Familiale au Sénégal (USAID), Janvier 1995.

FISHER A., MILLER R., ASKEW I., MENSCH B., JAIN A. et HUNTINGTON D., 1994 : *The Situation Analysis Approach To Assessing The supply Side of Family Planning Programs*. APHA Conference, September 1994, Washington D.C.

Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP). *Mission de Revue du Programme et de Développement de stratégies en Matière de Population au Sénégal*. Rapport final. Volume I et II. Dakar, FNUAP 1991.

Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale : *Programme National de Planification Familiale au Sénégal*, Direction de la Santé Publique. Dakar, Décembre, 1990.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale : *Politique et Normes des Services de Planification Familiale au Sénégal* – Thiès, 19-23 Décembre 1994.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et Population Council, 1995 : *Analyse Situationnelle du Système de Prestation de Services de Planification Familiale au Sénégal*, Rapport final, Octobre 1995, 41 pages.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et Population Council, 1997 : *Evaluation des Programmes de Santé de la Reproduction*, Novembre 1997, 27 pages.